

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**NAScer E CONTINUAR NO HOSPITAL:
UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA
PORTADORA DE MALFORMAÇÃO E SUA FAMÍLIA,
BUSCANDO A ADAPTAÇÃO.**

STELLA MARIS PFÜTZENREUTER

TIANE RAMOS

Florianópolis (SC), março de 1999

**STELLA MARIS PFÜTZENREUTER
TIANE RAMOS**

**NAScer E CONTINUAR NO HOSPITAL:
UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA
PORTADORA DE MALFORMAÇÃO E SUA FAMÍLIA,
BUSCANDO A ADAPTAÇÃO**

**Trabalho de Conclusão do Curso de
Graduação em Enfermagem da UFSC
apresentado à disciplina Enfermagem
Assistencial Aplicada.**

**Orientadora : Prof.^a Marisa Monticelli
Supervisora: Graciani Dalazen**

Florianópolis, 1999.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0406

Autor: Pfützenreuter, Ste

Título: Nascer e continuar no Hospital :



972493575 Ac. 241745

Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0406

Ex.1



ANNE GEDDES

“As principais emoções e os mais importantes momentos sempre são desfrutados e compartilhados com alguém. Que bom que existem pessoas e momentos tão especiais em meio a tantas coisas comuns”.

(autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

A Deus

Primeiramente por nossa existência. Além da proteção, força, oportunidade, coragem e sabedoria que tanto nos deu para termos alcançado mais uma etapa de nossas vidas.

Aos RNs e suas famílias

Por permitirem que pessoas estranhas como éramos, entrassem em suas vidas, depositando-nos confiança e abrindo seus corações, fazendo com que a cada dia crescêssemos não só como profissionais, mas sobretudo como seres humanos.

A nossa orientadora Marisa

Por ter plantado a semente da neonatologia em nossos corações e, a partir daí, oferecido todo o apoio e incentivo para que realizássemos este trabalho. Imaginávamos que não nos decepcionarias, mas não que tanta dedicação fosse cedida a nós. Não fostes apenas nossa orientadora, mas uma grande amiga durante esta caminhada.

A nossa supervisora Graciani

Por ter nos acolhido com tanto carinho, guiando, mesmo que à distância nossos passos, servindo de exemplo para que percebêssemos que nada é difícil quando se tem força de vontade. Obrigada pela disponibilidade, incentivo e sobretudo pela amizade que cultivamos.

À equipe do berçário do HIJG

Pela receptividade e por terem permitido nossa entrada nesta grande família que tanto nos ensinou.

À amiga Alessandra

Por ter aberto nossos olhos quanto a escolha da área para o desenvolvimento do trabalho, pois mesmo tendo desistido de fazê-lo conosco, pudemos ver o quão gratificante foi esta experiência.

À professora Ilca

Por ter supervalorizado nosso trabalho e ter acreditado em nossos potenciais. Obrigada pelo apoio e incentivo!

Às professoras Maria de Lourdes, Vitória e Odaléia

Pela maneira carinho com que nos receberam, auxiliando-nos quando precisamos.

À Andrea e à Nara

Pela atenção, carinho, empenho e dedicação durante a digitação do nosso trabalho.

O sucesso deste também é mérito de vocês.

Obrigado por tudo!

Em especial da Stella...**Aos meus pais Vitor e Romelândia**

Por terem me educado de uma tal forma bem como servido de exemplo para que, por mais que parecesse difícil, nunca desistisse de minha realização profissional. Pelo grande apoio que me deram desde o início da faculdade, mesmo depois de tantas mudanças bruscas que ocorreram em nossas vidas até chegarmos aqui. Tenho certeza de que se não fosse pelo amor, incentivo e confiança que depositaram em mim, não teria alcançado este ideal.

A minha nova família

Que aceitou ter entrado em minha vida no meio de tantas conturbações e se contentou em muitas vezes ser tocada por meu estudo.

Ao meu marido, que mesmo não tendo muitos princípios iguais aos meus, rompeu barreiras e passou a me apoiar, muitas vezes sem perceber, para que realizasse meu sonho.

Ao meu filho, simplesmente por ter entrado em minha vida.

Aos meus irmãos Patrick e Gláucia

Pela grande ajuda que me deram em coisas que pareciam ser pequenas, mas que no momento em que precisava eram importantíssimas para mim.

À Mimi

Por ter permitido que as minhas saídas de casa fossem um pouco mais tranquilas, através do carinho com que cuidava de meu filho.

À Tiane

Por ter me dado força quando tive medo.

Por ter me incentivado quando fiquei insegura.

Por ter me dado ânimo quando desanimei.

Por ter se mostrado presente quando me ausentei.

Por ter me dado a mão quando precisei de uma AMIGA.

Em especial da Tiane...**Aos meus pais Antônio e Maria Eunice**

Que abriram as portas do meu futuro com a luz mais brilhante que puderam encontrar: O estudo. E mesmo não estando contentes com a escolha de minha profissão, quando ingressei na universidade, me apoiaram, incentivaram, abdicando muito de suas vidas para que eu chegasse até aqui. Sei que sem o empenho de vocês, em especial a minha mãe, que muitas noites perdeu o sono por preocupação, esta conquista não seria possível.

Obrigada por tudo!

Ao meu irmão Tiago

Por ter aceitado e compreendido a prioridade financeira cedida por meus pais, para que me realizasse profissionalmente.

Ao Gemerson

Pelo carinho, atenção e principalmente pelo apoio e incentivo nas horas difíceis e que mesmo não aceitando meus ideais, acredita em meu potencial.

À Stella

Por ter compartilhado a realização deste comigo, pois sem a sua determinação, responsabilidade, empenho e sobretudo pelo companheirismo não teríamos chegado até aqui. Não formaste apenas dupla comigo, foste uma “amiga especial” com quem pude contar em todas as horas.

Obrigado por tudo!

Aos nossos demais familiares e amigos que, direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, nosso

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Trata-se do relatório final de uma proposta assistencial da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, desenvolvida no período de 09 de novembro a 17 de dezembro de 1998, no berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão. O objetivo principal desta proposta foi o de desenvolver o cuidado de enfermagem ao RN portador de malformação congênita e sua família, promovendo o fortalecimento de ambos. A prática assistencial, fundamentada na Teoria da Adaptação da enfermeira Sister Callista Roy, permitiu detectar os estímulos e as respostas não adaptativas dos recém-nascidos e de suas famílias, bem como eleger estratégias para auxiliá-los a enfrentar de forma positiva as situações estressoras a qual estão submetidos. Percebemos que nossas ações foram de grande valia, pois através delas e da individualidade de cada uma das famílias, transformaram reações inefetivas em respostas adaptativas. As situações experienciadas durante a prática assistencial fortaleceram nossa crença de que todo ser humano precisa sentir-se aceito, respeitado e amado, e que a enfermagem pode exercer forte influência na promoção dessa aceitação, bem como na adaptação das famílias que vivenciam a chegada de recém-nascidos portadores de malformações congênitas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
	2.1 Objetivo Geral.....	14
	2.2 Objetivos Específicos.....	14
3	SUPORTE TEÓRICO.....	16
	3.1 Recém-Nascidos Portadores de Malformações Congênicas.....	16
	3.1.1 Hidrocefalia.....	17
	3.1.2 Mielomeningocele.....	22
	3.1.3 Gastrosquise.....	25
	3.1.4 Atresia de esôfago	26
	3.1.5 Atresia de duodeno.....	33
	3.1.6 Imperfuração anal	34
	3.1.7 Extrofia de bexiga	36
	3.1.8 Teratoma ou tumor sacrococcígeno	39
	3.1.9 Síndrome de Edwards ou trissomia do 18	41
	3.1.10 Síndrome da brida amniótica.....	42
	3.1.11 A criança portadora de malformação e sua família.....	45
	3.2 A Teoria de Adaptação de Sister Callista Roy	49
	3.2.1 Conhecendo a teorista	49
	3.2.2 Modelo de adaptação	49
4	MARCO CONCEITUAL	53
	4.1 Pressupostos Básicos	53
	4.2 Conceitos Componentes do Marco	54
5	METODOLOGIA	59
	5.1 Descrição do Local da Prática	59
	5.2 População-Alvo	61
	5.3 Processo de Enfermagem	61
	5.4 Plano de Ação Global	63

6	DIMENSÃO ÉTICA	68
7	CRONOGRAMA	69
8	DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	72
	8.1 Objetivo nº 1	72
	8.1.1 O inserir e interagir com a equipe multidisciplinar.....	72
	8.1.2 O atuar na unidade do berçário	73
	8.2 Objetivo nº 2	76
	8.2.1 O dar continuidade a revisão de literatura	76
	8.2.2 O participar de eventos/treinamentos	77
	8.2.3 O participar de visitas médicas e discussões	79
	8.3 Objetivo nº 3.....	80
	8.3.1 O início do cuidado com recém-nascidos portadores de malformações.....	80
	8.3.2 O trocar informações acerca do RN	83
	8.3.3 O desenvolver do processo de enfermagem	83
	8.4 Objetivos nºs 4 e 5	108
	8.4.1 O fortalecer do vínculo	108
	8.4.2 O amamentar	111
	8.4.3 O adaptar-se a um filho portador de malformação	113
	8.4.4 O orientar através de folders.....	117
	8.5 Objetivo nº 6	119
	8.5.1 O observar o berçário	119
	8.5.2 A busca de formação técnica e humanística	121
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
10	APÊNDICES	127
11	ANEXOS	182
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	190

1 INTRODUÇÃO

Não será relatada aqui a realização de mais um estágio curricular, e sim uma experiência de vida, a qual nos fez crescer não só profissionalmente mas, sobretudo, como seres humanos.

Esta vivência se deu no período de 09/11 a 17/12 de 1998, totalizando 222 horas.

A escolha da área de neonatologia para o desenvolvimento da Prática Assistencial em cumprimento à disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada”, integrante da VIII^a unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, se deu pelo fato de sentirmos necessidade de aprimoramento cognitivo e de habilidades técnicas, relacionadas ao cuidado do neonato e sua família.

Particularmente, nossa intenção inicial era a de desenvolvermos uma Prática Assistencial com recém-nascidos patológicos, uma vez que, durante o decorrer das disciplinas anteriores, não tivemos oportunidade de assegurar o pleno domínio nesta área, pelos próprios objetivos traçados em um Curso de Graduação.

A partir desta primeira decisão, e ainda em dúvida quanto ao delineamento de “quais” recém-nascidos iríamos cuidar, decidimos pela realização de um estágio extra-curricular na unidade de berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão, onde surgiu uma imensa afinidade com a realidade de saúde vivenciada por RNs malformados e suas famílias. Além da afinidade sentida, optamos pelo tema porque observamos a necessidade não só dos

pais, mas de toda a família, em receber orientações e apoio emocional para lidar com um recém-nascido malformado.

Ao realizarmos a revisão da literatura referente ao tema, percebemos que há algumas lacunas de conhecimento, principalmente no que diz respeito à participação da enfermagem junto a crianças portadoras de malformações e também observamos que este tipo de clientela não tem sido merecedor de estudos mais aprofundados.

O conhecimento que temos, enquanto alunas da graduação, é que a enfermagem neonatológica não pode ser exercida com qualidade se não houver a integração nos cuidados, com a família do recém-nascido.

Durante a gestação, os pais aguardam a chegada do bebê idealizando-o, dando-lhe características físicas e até psicológicas que gostariam de ver realizadas e se preparam para a recepção do mais novo ser que fará parte desta família.

O período inicial da vida de uma criança, ao qual denominamos de recém-nascido, é uma época de eventos críticos. A transição fisiológica da vida intra para a extra-uterina expõe o RN a um ambiente totalmente atípico a ele e ao qual precisa buscar adaptação e, neste período, as falhas da constituição genética ou estrutural podem ser descobertas e avaliadas (Brito, Costa e Tramontin, 1995).

Quando os pais percebem que não tiveram um filho “perfeito”, é difícil suportarem todos os sentimentos de angústia, culpa, incapacidade e receio pelo que fizeram ou deixaram de fazer, que possa ter ocasionado a doença da criança. Tais sentimentos poderão levá-los, inclusive, a sentirem-se impotentes frente a indefinição quanto ao futuro de seu filho.

As estratégias de enfrentamento da família são ricas e diversas, refletindo valores culturais principalmente, sendo que para a sociedade os bebês portadores de malformações são violações extremas do ideal de uma criança feliz, amável e sadia, são crianças sem encantos, anormais e muitas vezes assustadoras.

A maioria das mães necessitam confiar na sobrevivência de seu filho para, a partir daí, começar um processo de apego, sendo que o medo da morte do filho é um dos mais

freqüentes impedimentos à aproximação pais e filho (Harrinson e Kositski, 1983 apud Gomes, 1992).

Neste momento é imprescindível a presença da enfermeira, mostrando-se disponível à expressão de sentimentos dos pais e aos questionamentos de dúvidas. Cabe à ela realizar orientações sobre o problema de seus filhos para que, gradualmente, possam participar nos cuidados e enfrentarem a realidade.

Por todos estes motivos, é que nos propusemos a prestar cuidados de enfermagem aos recém-nascidos malformados e suas famílias, auxiliando-os na adaptação à nova vida. Para tanto, utilizamos a Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy, no sentido de nortear a Prática Assistencial.

A teoria foi escolhida por permitir compreender a situação de vida do pequeno cliente e de sua família no mundo do hospital, sem limitar a assistência apenas aos aspectos técnicos relacionados à patologia. Além disto, a teoria aponta para os aspectos operacionais que foram perseguidos durante o desenvolvimento da assistência de enfermagem, buscando o levantamento dos vários estímulos aos quais o recém-nascido e sua família estavam expostos, e promovendo seus mecanismos de enfrentamento em busca da adaptação.

Acreditamos que, tendo alcançado o objetivo principal de promover a adaptação do RN e de sua família a este tipo de problema, promovemos o estabelecimento do vínculo familiar, o que consideramos fundamental para um bom crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Desenvolver o cuidado de enfermagem ao RN portador de malformação congênita e sua família, na unidade de berçário do HIJG, com base na Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy.

2.2 Objetivos Específicos:

- 1- Reconhecer o funcionamento e a organização da unidade de berçário do HIJG, interagindo com a equipe multidisciplinar.
- 2- Ampliar e atualizar conhecimentos sobre recém-nascidos bem como as diversas malformações das quais são portadores.
- 3- Desenvolver o processo de enfermagem ao RN e sua família, com base na metodologia assistencial proposta por Roy.
- 4- Favorecer a participação dos pais nos cuidados com o recém-nascido, orientando-os na compreensão da situação a ser enfrentada e auxiliando-os na formação do vínculo.

- 5- Promover a adaptação dos pais que vivenciam o impacto de receber um RN com malformação congênita.
- 6- Identificar necessidades de atualização técnica e formação humanística da equipe de enfermagem, relacionadas aos cuidados prestados ao RN malformado no berçário e buscar soluções conjuntas.

3 SUPORTE TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados, inicialmente, algumas malformações congênitas comuns que acometem os recém-nascidos. Para tanto, serão descritos em cada uma delas, os seguintes aspectos: conceito, etiologia e incidência, fisiopatologia, manifestações clínicas, avaliação diagnóstica, conduta terapêutica, prognóstico, tratamento e cuidados de enfermagem. Além disto, será possível observar um item específico que trata da criança portadora de malformação e sua família. As malformações aqui descritas foram escolhidas de acordo com a demanda que se deu na unidade do berçário do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) no ano corrente.

À seguir abordaremos a teoria da Adaptação de Sister Callista Roy.

Optamos por incluir no capítulo “Suporte Teórico” os itens: recém-nascidos portadores de malformações congênitas e a teoria da Adaptação de Sister Callista Roy por acreditarmos que estes são aspectos norteadores imprescindíveis para guiar a Prática Assistencial.

3.1 Recém-Nascidos portadores de Malformações Congénitas

Segundo Robinson e Osório (1993), *Malformação* é um defeito morfológico de um órgão, parte de um órgão ou de uma região maior do corpo, resultante de um processo de

desenvolvimento *intrinsecamente* anormal. Isto significa que o potencial de desenvolvimento do órgão era anormal desde o início. O termo *congénito* significa que essa malformação está presente ao nascimento, não conotando nem excluindo a etiologia genética. As malformações congênitas estão presentes em cerca de 3% dos recém-nascidos e são extremamente variáveis em tipos e no seu mecanismo causal, mas todas surgem de um transtorno do desenvolvimento ontogenético.

Felix e Giugliani (1997) resumem dizendo que a *malformação* é um defeito de um órgão, parte dele ou de região maior, resultante de um desenvolvimento intrinsecamente anormal.

As anormalidades congênitas constituem um grupo extenso de anomalias e distúrbios de etiologia e manifestações variáveis, não existindo um método satisfatório para classificá-los. Algumas anomalias são produzidas por um único gene, outras associadas a anormalidades cromossômicas e outras produzidas por fatores intrauterinos. Porém, anomalias como malformações do sistema nervoso central, cardiopatias congênitas, entre outros, não podem ser classificadas com segurança. A literatura demonstra que existe correlação entre a incidência de anormalidades congênitas e o nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional. No entanto, fatores não genéticos também podem produzir distúrbios congênitos (Whaley & Wong, 1989).

3.1.1 Hidrocefalia

Conceito:

É uma condição com alteração na produção, no fluxo ou na absorção do líquido (líquor) cerebrospinal. Caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de líquido céfalo-raquidiano (LCR) dentro da cavidade intracraniana, geralmente sob pressão, em decorrência de drenagem obstrutiva, produzindo a dilatação passiva dos ventrículos (adaptado de Whaley & Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Etiologia e Incidência:

- ❖ Obstrução no sistema entre a fonte da produção do líquido cerebroespinal (ventrículos) e a área de reabsorção (espaço subaracnóide); hidrocefalia não comunicante. Causas: defeitos congênitos ou condições adquiridas (infecções, sangramentos intracranianos, traumatismos).
- ❖ Falha no sistema de absorção; hidrocefalia comunicante. Causas desconhecidas.
- ❖ Produção excessiva cerebroespinal; hidrocefalia comunicante. Causas desconhecidas ou tumor.
- ❖ Incidência de 3 ou 4 casos por 1000 nascimentos (Whaley & Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Fisiopatologia:

- ❖ O sistema ventricular apresenta-se distendido;
- ❖ O aumento na pressão ventricular resulta em adelgaçamento do córtex e dos ossos cranianos;
- ❖ Em geral, o assoalho do 3^o. ventrículo faz saliência para baixo comprimindo nervos ópticos, hipófise cerebral;
- ❖ Certo grau de atrofia no plexo coróide;
- ❖ Gânglios basais, tronco cerebral e cerebelo mantêm-se normais, apesar de comprimidos.

Do nascimento aos 2 anos de idade a maioria dos casos de hidrocefalia resultam da malformação de Arnold-Chiari (cerebelo e bulbo estendem-se através do forame magno), estenose do aqueduto ou tumor glial do aqueduto.

Muito frequentemente a hidrocefalia vem acompanhada de mielomeningocele, havendo também casos de história de infecção intra-uterina, hemorragia perinatal e meningoencefalite neonatal.

Em crianças maiores, está frequentemente associada de lesões que ocupam espaço, defeitos de desenvolvimento preexistente (estenose de aqueduto, malformações de Arnold-Chiari), infecções intracranianas ou hemorragia (Whaley & Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Manifestações Clínicas:

Dependem da época de instalação e lesões estruturais preexistentes. Em lactentes a cabeça cresce em velocidade anormal. Os ossos tornam-se finos e as suturas separadas à palpação, à percussão do crânio produz-se som “de pote rachado” (sinal de Macewen). Fontanela anterior tensa, abaulada e não pulsátil. As veias do couro cabeludo apresentam-se dilatadas. Pode haver aumento ou “protuberância” frontal com olhos deprimidos e presença “do sol poente”, no qual a esclera acima da íris é visível. Podem ocorrer estrabismo, nistago e atrofia óptica. Bebês tem dificuldade de manter a cabeça erguida e podem experimentar retardo no desenvolvimento físico ou mental, dificuldade de sucção e alimentação, alterações no tônus muscular das extremidades/opistótono (flexão pés e cabeça para trás). Caso a hidrocefalia seja rapidamente progressiva, o lactente pode exibir êmese, sonolência, convulsões e dificuldade cardiopulmonar.

Em crianças maiores, os sinais e sintomas são causados pela hipertensão craniana e manifestações específicas relacionam-se à lesão focal: cefaléia (melhorada com vômito ou postura vertical), edema de papila, estrabismo e sinais de trato extrapiramidal, como ataxia.

Sinais de PIC em lactentes:

- ❖ Vômitos;
- ❖ Agitação e irritabilidade;
- ❖ Alterações dos sinais vitais (pressão sistólica aumentada, pulso diminuído, respiração diminuída e irregular);
- ❖ Alterações pupilares;
- ❖ Choro agudo e de alto timbre;
- ❖ Crise convulsiva/estupor e coma (Whaley & Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Avaliação Diagnóstica:

- ❖ Cabeça do bebê transluminada – indicativo de acúmulo de líquido;
- ❖ Sinal de Macewen à percussão;
- ❖ Papiledema ao realizar oftalmoscopia;
- ❖ Instrumento diagnóstico de escolha: tomografia axial computadorizada;

- ❖ Ventriculografia – visualização de anormalidades no sistema ventricular ou espaço subaracnóide.
- ❖ Radiografias de crânio – alargamento fontanela e sutura, além de erosão do osso intracraniano (Whaley & Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Conduta Terapêutica:

Através de procedimentos cirúrgicos: operação direta na lesão que está causando a obstrução (ex: tumor); derivações intracranianas com a finalidade de desviar o líquido do segmento obstruído do sistema ventricular para o espaço subaracnóide (hidrocefalia não comunicante); derivações extracranianas, desviando o líquido do sistema ventricular para um compartimento extracraniano (átrio direito ou peritônio mais comumente).

O tratamento mais utilizado atualmente é este último, onde é feita a drenagem do líquido de um ventrículo lateral para um compartimento extracraniano por meio de uma passagem artificial, ou “shunt”.

Os “shunts” são realizados com catéteres plásticos e válvulas de direção única, que abrem ante a uma determinada pressão intracraniana e fecham quando a pressão cai abaixo deste nível. Dessa forma, previne-se o fluxo retrógrado de sangue e outras secreções. A taxa de sucesso é inicialmente elevada, entretanto acompanham-se de complicações que interferem no funcionamento do “shunts” e ameaçam a vida da criança, tais como: dificuldades mecânicas (torcedura) e infecção bacteriana (Whaley & Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Prognóstico:

De acordo com Whaley e Wong (1989), a taxa de sobrevivência da criança cirurgicamente tratada é de 80%. Das crianças sobreviventes, aproximadamente um terço é normal e a metade apresenta incapacidades neurológicas. Dois terços morrerão em idade precoce se não receberem tratamento.

Cuidados de Enfermagem

Pré-Operatório:

- ❖ Avaliar diariamente a circunferência cefálica (medir a nível de circunferência occipitofrontal, por ser o ponto de maior mensuração);
- ❖ Palpar fontanela e linhas de sutura para determinar tensão, proeminência, separação;
- ❖ Avaliar nível de consciência (irritabilidade, letargia, convulsão... podem indicar avanço da doença);
- ❖ Avaliar resposta pupilar;
- ❖ Avaliar padrão e eficiência da respiração e demais sinais vitais;
- ❖ Avaliar atividade motora;
- ❖ Avaliar padrões alimentares/vômitos:
 - ser criativa e paciente ao oferecer alimentos;
 - alimentar a criança em intervalos mais frequentes e em menor quantidade, evitando episódios de vômito;
- ❖ Observar sinais de aumento da pressão intracraniana (PIC);
- ❖ Reduzir ansiedade dos pais.

Pós-Operatório:

- ❖ Posicionar a criança sobre o lado não operado, prevenindo pressão sobre a válvula;
- ❖ Manter criança em posição horizontal, prevenindo hematoma subdural;
- ❖ Mudar de decúbito 2/2 horas para evitar pneumonia hipostática;
- ❖ Observar sinais de infecção/hipertensão intracraniana;
- ❖ Observar e manter cuidados com “shunts” e sítios de cirurgia;
- ❖ Observar e avaliar nível de consciência;
- ❖ Monitorar sinais vitais e reações pupilares 15/15 min., até estabilidade. A seguir a cada 1 a 2 horas.
- ❖ Aspirar quando necessário para prevenir dificuldades respiratórias;
- ❖ Avaliar a drenagem do líquido (nível consciência, abaulamento fontanelas...);
- ❖ Fortalecer mecanismos de defesa da família (planejamento para alta): (incentivar cuidado dos pais, orientar suas dúvidas, ajudar a localizarem recursos adicionais (assistente social, grupo de pais)...;
- ❖ Aconselhar os pais a comunicarem a enfermagem, no caso de funcionamento inadequado da válvula, infecções ou aumento da pressão intracraniana (PIC). (Whaley & Wong, 1989 e Nettina, 1998).

3.1.2 Mielomeningocele

Conceito:

Constitue num defeito de fechamento da coluna vertebral, onde há herniação de tecido através da fissura óssea. É uma das classificações de espinha bífida cística (cística porque há protusão sacular externa). Neste caso, os elementos da medula, assim como a cobertura meníngea, fazem protusão através da espinha bífida. Localiza-se na área lombar ou lombosacra, principalmente (Whaley & Wong, 1989, Waechter, 1979).

Etiologia e Incidência:

A incidência da mielomeningocele é de cerca de 1 para cada 1000 nascidos vivos. A causa das malformações do canal neural é desconhecida. Com o aumento da incidência nas famílias, questiona-se a influência genética. Faz-se também experimentos em animais sobre a radiação e outras influências ambientais (Whaley & Wong, 1989 e Waechter, 1979).

Fisiopatologia:

Segundo Whaley e Wong (1985, p. 853),

“acredita-se que o defeito primário nas malformações do canal neural seja o não-fechamento deste canal durante o desenvolvimento precoce do embrião. Entretanto, há evidências indicando que os defeitos são resultados da divisão do canal neural previamente fechado, devido a um aumento anormal da pressão do líquido cefalorraquidiano durante o primeiro trimestre de gravidez. O grau de disfunção neurológica relaciona-se diretamente ao nível anatômico do defeito e aos nervos envolvidos”.

Manifestações Clínicas:

Quando o defeito estiver localizado abaixo da segunda vértebra lombar, há comprometimento dos nervos da cauda equina, originando sintomas como paralisia parcial arreflexa flácida dos membros inferiores e deficiência sensorial em graus variáveis.

O suprimento defeituoso da bexiga produz incontinência urinária. Geralmente o tônus do esfíncter anal é pobre e há diminuição do reflexo anal cutâneo, resultando em falta de controle intestinal e, às vezes, prolapso retal.

Caso o defeito esteja localizado abaixo da terceira vértebra sacra, não há comprometimento motor, porém poderá haver anestesia da região com paralisia dos esfíncteres anal e vesical. Algumas vezes a desnervação dos músculos dos membros inferiores produz deformidades articulares no útero (Whaley & Wong, 1989 e Waechter, 1979).

Avaliação Diagnóstica:

É feito com base nas manifestações clínicas e no exame da hérnia meníngea. São medidas de diagnósticos suplementares: radiografias, tomografias e mielografias espinhais. A tomografia craniana ajuda a definir a presença de hidrocefalia, uma complicação freqüente da espinha bífida cística.

É possível determinar defeitos do canal neural na época pré-natal através de ultrassonografia e exames laboratoriais, onde concentrações elevadas de α fetoproteína podem indicar anencefalia ou mielomeningocele. A melhor época para realização destes exames é entre a 14^a. e 16^a. semana de gestação (Whaley & Wong, 1989, Waechter, 1979).

Conduta Terapêutica:

A assistência inicial implica na prevenção da infecção, avaliação neurológica e apoio aos pais.

A maioria dos especialistas acredita que o fechamento da pele nas primeiras 24 a 48 horas oferece o resultado mais favorável.

O método cirúrgico preferido é o fechamento em Z dos retalhos cutâneos (enxertos). Foram realizadas recentemente experiências com câmaras de oxigênio sobre a lesão, acelerando a cicatrização e prevenindo a disseminação da infecção.

Deve-se ainda instituir tratamentos ortopédicos com gesso ou técnicas cirúrgicas precocemente, quando avaliados problemas músculo-esqueléticos.

Como tratamento de distúrbios renais: administração de drogas anti-sépticas por toda vida, sistema de drenagem vesical, dentre outros.

A incontinência fecal é geralmente controlada com modificação da dieta e treinamento intestinal. Pode ainda ser necessário realizar colostomia (Whaley & Wong, 1989, Waechter, 1979).

Cuidados de Enfermagem:

Pré-Operatório:

- ❖ Prevenir traumatismos na cobertura protetora da herniação;
- ❖ Inspeccionar o cisto membranoso quanto ao possível vazamento de líquido;
- ❖ Aplicar curativo umedecido com soro fisiológico no local, prevenindo ressecamento;
- ❖ Apoiar e educar os pais do RN;
- ❖ Manter a criança em Isolette para que mantenha temperatura sem roupas ou coberturas que possam irritar a lesão;
- ❖ Trocar compressas do curativo a cada 2 ou 4 horas;
- ❖ Inspeccionar, no cisto, sinais de infecção;
- ❖ Limpar a área com solução de peróxido de hidrogênio quando estiver suja ou contaminada;
- ❖ Expor o local ao ar ou cobrir com gaze seca, facilitando o ressecamento e epitelização do saco no caso de adiamento da cirurgia, pois o uso de curativos umedecidos, a longo prazo, pode acarretar em maceração e ruptura dos tecidos;
- ❖ Construir um escudo protetor para o saco, como uma esponja, quando necessário;
- ❖ Manter o RN em decúbito ventral, minimizando a tensão no saco e o risco de traumatismos, bem como melhor posicionamento das pernas. Dar preferência à posição Trendelemburg baixa, para reduzir a pressão do líquido espinhal da lesão;
- ❖ Virar a cabeça para um lado e levantá-la para administrar mamadeira;
- ❖ Posicionar criança de modo a prevenir contaminação com urina e fezes;
- ❖ Observar sinais de hidrocefalia (medir perímetro cefálico diariamente);
- ❖ Observar sinais de irritação e inflamação meníngea;

- ❖ Prevenir solução de continuidade da pele.

Pós-Operatório:

- ❖ Manter RN em posição prona e/ou lateral parcial quando possível, reduzindo o risco de lesões por pressão e facilitando a alimentação;
- ❖ Evitar troca de fralda excessivamente;
- ❖ Preparar os pais para alta (Whaley & Wong, 1989, Waechter, 1979).

3.1.3 Gastrosquise

Conceito:

É a herniação através de um defeito na parede abdominal que permite extrusão do conteúdo abdominal, sem comprometimento do cordão umbilical. Localiza-se à direita do umbigo intacto.

Manifestações Clínicas:

Caso a evisceração se dê no início da vida fetal, a cavidade abdominal é pequena e o intestino saliente apresenta-se espessado, em decorrência do suprimimento sangüíneo precário e da irritação.

Quando a evisceração ocorre logo antes do nascimento, o intestino é quase normal e a cavidade abdominal, de tamanho adequado, para acomodar as vísceras (Whaley & Wong, 1989).

Avaliação diagnóstica:

É realizado durante o primeiro exame da criança, ao nascimento, e/ou através da ultrassonografia materna, durante a gestação.

Conduta Terapêutica:

Mantém-se o cuidado imediato de colocação de sonda nasogástrica de alívio e proteção da membrana amniótica ou das alças intestinais com compressas estéreis embebidas em solução fisiológica.

O tratamento cirúrgico é feito precocemente, pois além de eliminar o risco de ruptura da membrana, torna-se tecnicamente mais fácil, já que com o decorrer do tempo, o estômago e as alças intestinais se distendem devido ao ar deglutido (Diniz, 1994).

Cuidados de Enfermagem:

Pré-Operatório:

- ❖ Manter cuidados prevenindo a infecção;
- ❖ Prover nutrição do RN;
- ❖ Colocar faixa de “silastic” sobre as vísceras herniadas para conter o intestino e devolvê-lo para a cavidade abdominal quando o abdômem for pequeno demais para acomodar as vísceras.

Pós-Operatório:

- ❖ Manter assistência ventilatória nos casos de defeito de grande proporção, em virtude da compressão das cúpulas diafragmáticas;
- ❖ Realizar “força” para entrada das vísceras na cavidade abdominal;
- ❖ Manter antibioticoterapia;
- ❖ Administrar nutrição via parenteral (Whaley & Wong, 1989, Diniz, 1994).

3.1.4 Atresia de Esôfago

Conceito:

Atresia esofagiana representa a incapacidade do esôfago em formar uma passagem contínua da faringe até o estômago, durante o desenvolvimento embrionário (Nettina, 1998).

O esôfago e a traquéia surgem no embrião como um tubo único, havendo a separação completa entre a 4^a. e 6^a. semanas de gestação, motivo pelo qual 87% dos RN portadores de atresia apresentam uma fistula do esôfago com a traquéia (Almeida, 1997).

Etiologia / Incidência:

A incidência varia nos diferentes países, é de cerca de 1 em 3.500 nascimentos, não havendo diferença entre os sexos. Sua causa é desconhecida na maioria dos casos, sendo possíveis influências o fator genético hereditário, o efeito teratogênico e os fatores ambientais. Geralmente está associada com prematuridade e baixo peso ao nascer (Nettina, 1998).

Fisiopatologia:

A atresia esofagiana pode ser classificada em:

Tipo I – (10% - 15% dos casos): segmentos proximal e distal do esôfago são cegos; não existindo qualquer conexão com a traquéia.

Tipo II – (muito raro): segmento proximal do esôfago abre-se na traquéia através de uma fistula; o distal é cego.

Tipo III – (80% - 90% dos casos): segmento proximal do esôfago possui uma extremidade cega; o distal se conecta à traquéia através de uma fistula.

Tipo IV – (muito raro): atresia esofagiana com fistula entre as extremidades tanto proximal quanto distal da traquéia e do esôfago.

Tipo V – (não costuma ser diagnosticada ao nascimento): os segmentos tanto proximal quanto distal do esôfago se abrem na traquéia através de uma fistula; nenhuma atresia esofagiana (tipo H) (Nettina, 1998).

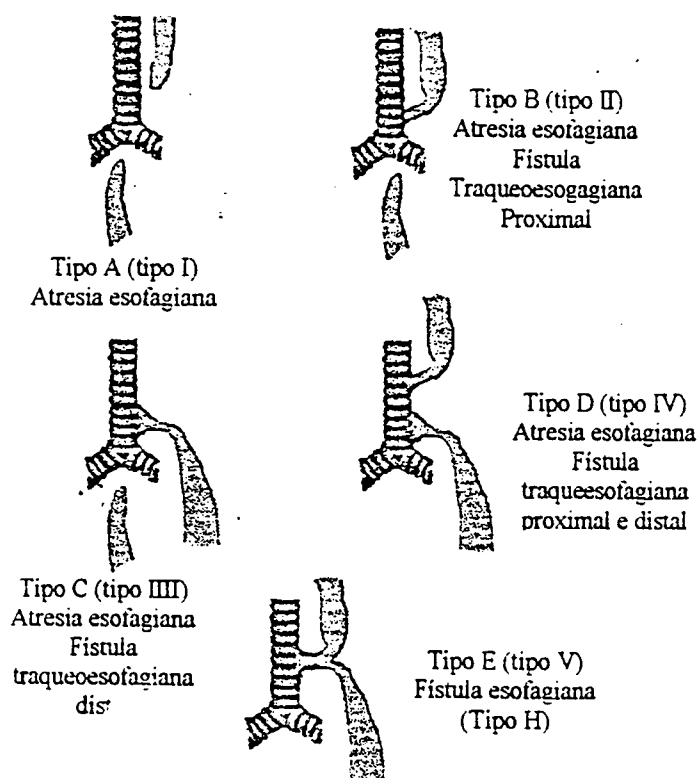


Fig. 1 – Tipos de atresia esofágiana: atresia esofágiana e fistula traqueoesofágica
(fonte: Nettina, 1998)

Manifestações Clínicas:

São geralmente detectadas logo após o nascimento, podendo estar presentes:

- ❖ Secreções excessivas (o bebê baba constantemente);
- ❖ Cianose intermitente e inexplicável;
- ❖ Laringoespasmo;
- ❖ Distensão abdominal;
- ❖ Após a 1ª. deglutição o bebê: tosse e engasga, ocorre cianose, o lactente se debate, o líquido retorna através do nariz e boca;
- ❖ Incapacidade de passagem de catéter através do nariz ou boca para o estômago (Nettina, 1998).

Avaliação diagnóstica:

Atualmente já são realizadas técnicas ultra-sônicas que permitem diagnosticar uma fistula traqueoesofágica in útero, para alguns bebês.

Para excluir a possibilidade de atresia de esôfago, no momento do nascimento, deve-se tentar passar SNG, sendo que a mesma encontra resistência quando o lúmen está ocluído, e passa livremente se o lúmen é permeável. A próxima medida será a obtenção de RX simples ou com utilização de contraste (Almeida, 1997 e Nettina, 1998).

Conduta terapêutica:*Imediato*

- ❖ Apoiar o bebê, formando ângulo de 30° ; para prevenção de refluxo do conteúdo gástrico;

- ❖ Aspiração da bolsa esofagiana;

- ❖ Gastrostomia para descomprimir o estômago e prevenção de aspiração;

- ❖ Dieta zero, líquidos intravenosos.

Terapia de apoio

- ❖ Líquidos IV, antibióticos, apoio respiratório, manutenção de ambiente normotérmico.

Cirurgia:

- ❖ Reparo primário imediato: a fistula é separada, seguida de anastomose esofagiana de ambos segmentos, se o bebê pesar mais de 2000g. e não sofrer de pneumonia;

- ❖ Pequena demora: o reparo primário subsequente é usado para estabilizar o bebê e prevenir a deterioração quando as condições do paciente, contra indicam a cirurgia imediata;

- ❖ Por etapas: Primeiramente é realizado individualização da fistula e a gastrostomia com anastomose esofagiana secundária subsequente. Este tipo pode ser utilizado por bebês com baixo peso, prematuros, muito enfermos;

- ❖ Esofagiotomia circular: pode ser feita na bolsa proximal para obter um maior comprimento e permitir a anastomose primária;

❖ Esofagostomia cervical: quando extremidades do esôfago estão separadas por grande distância, sendo realizada substituições por um segmento do intestino, feito das 18-24 meses de idade (Nettina, 1998).

Cuidados de Enfermagem

Pré-Operatório:

❖ Reconhecer o defeito precocemente:

- ◆ Estar alerta a sinais de perigo;
- ◆ Salivação excessiva;
- ◆ Asfixia, tosse e cianose;
- ◆ Distensão gástrica aguda.

❖ Prevenir a aspiração:

- ◆ Posicionar o bebê com cabeça e tórax elevados (20-30 graus) virando-o frequentemente para prevenir atelectasias e pneumonia;
- ◆ Aspirar secreções de orofaringe e bolsa esofágica;
- ◆ Observar possíveis sinais de dificuldade respiratória;
- ◆ Fornecer O₂ se necessário;
- ◆ Colocar o bebê em incubadora com alta umidade;
- ◆ Manter em dieta zero;
- ◆ Administrar os antibióticos prescritos para prevenção ou tratamento da pneumonia;
- ◆ Facilitar drenagem pela gastrostomia.

❖ Prevenir desidratação:

- ◆ Administrar líquidos e eletrólitos conforme prescrição médica;
- ◆ Monitorar sinais vitais, com maior atenção ao pulso e PA;
- ◆ Registrar ingestão e excreção através do balanço hídrico.

❖ Reduzir ansiedade dos pais:

- ◆ Explicar os procedimentos e os eventos necessários aos pais;
- ◆ Orientar os a cerca do ambiente hospitalar/neonatal;

- ◆ Permitir que a família segure o bebê e ajude a cuidá-lo;
- ◆ Tranquilizar e incentivar a família com frequência;
- ◆ Providenciar apoio emocional para a mesma.

Pós-Operatório:

- ❖ Evitar infecções nos locais operados
 - ◆ Administrar cuidados criteriosos ao local operado;
 - ◆ Observar possíveis sinais de inflamação, sangramentos ou secreção;
 - ◆ Limpar e aplicar curativos conforme prescrição.
- ❖ Manter via aérea permeável:
 - ◆ Aspirar secreções conforme necessidade;
 - ◆ Observar sinais de obstrução aérea;
 - ◆ Realizar mudanças de decúbito;
 - ◆ Estimular o choro para promover expansão dos pulmões;
 - ◆ Administrar O₂ cpm;
 - ◆ Elevar cabeça e ombros em 20-30 graus;
 - ◆ Usar incubadora com umidade.
- ❖ Proporcionar nutrição adequada:
 - ◆ As refeições podem ser oferecidas pela boca, gastrostomia ou por sonda alimentar introduzida no esôfago. A forma varia de acordo com a cirurgia realizada.
 - ◆ Administrar alimentação de acordo com o local indicado;
 - ◆ Dar chupeta ao lactente durante as refeições, quando não contra indicada;
 - ◆ Tomar cuidados para prevenir entrada de ar, o que poderia causar distensão gástrica e possível refluxo;
 - ◆ Progredir para a alimentação via oral de acordo com a prescrição e a condição da criança.
- ❖ Administrar medidas de conforto:
 - ◆ Prover estimulação tátil;
 - ◆ Posicionar o bebê confortavelmente;
 - ◆ Evitar restrições, quando possível;
 - ◆ Realizar higiene oral;

- ◆ Oferecer chupeta frequentemente;
- ◆ Administrar analgésicos prescritos.
- ❖ Prover cuidados às sondas torácicas e aparelho de drenagem:
 - ◆ Manter tubo permeável, livre de coágulos, acotovelamentos;
 - ◆ Caso ocorra ruptura no sistema, pinçar o tubo.
- ❖ Manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico:
 - ◆ Registrar o balanço hídrico;
 - ◆ Regular infusões endovenosas;
 - ◆ Medir e registrar drenagem da gastrostomia;
 - ◆ Registrar diariamente o peso;
 - ◆ Medir volume urinário.
- ❖ Iniciar as refeições orais:
 - ◆ Ensinar a se alimentar pela boca após cirurgia;
 - ◆ Introduzir um alimento de cada vez, lentamente;
 - ◆ Utilizar posição sentada;
 - ◆ Colocar para arrotar com frequência;
 - ◆ Observar frequência cardíaca do bebê, evitando que ele fique cansado;
 - ◆ Incentivar a participação dos pais.
- ❖ Proporcionar estimulação do bebê e ligação pais-bebê:
 - ◆ Encorajar os pais a visitas frequentes aos bebês;
 - ◆ Estimular a segurar os bebês e participar dos cuidados com o mesmo;
 - ◆ Encorajar a expressão de sentimentos, estimulando-os a falarem sobre seus temores e preocupações.
- ❖ Educar os pais sobre os cuidados no lar:
 - ◆ Ensinar aos pais, todos os procedimentos a serem realizados em casa, mostrar como fazê-los, e em seguida pedir que os mesmos demonstrem.
 - ◆ Ensinar aos pais:
 - Posicionamento do bebê;
 - Sinais de dificuldade respiratória;
 - Sinais de estenose – recusa alimentar, disfagia, tosse crescente;

- Cuidados com gastrostomia e esofagostomia, incluindo técnicas como aspiração de secreções, limpeza do local operado e/ou ostomias, trocas de curativo, etc.;
- Orientar aos pais para que não permitissem que a criança degluta objetos estranhos;
- Ajudá-los a compreenderem sobre a necessidade de uma boa e adequada nutrição;
- Incentivar aos pais para realizarem controle médico (Whaley & Wong, 1989, Nettina, 1998).

Prognóstico:

O prognóstico dos pacientes tratados com anastomose primária é bom, no entanto pode ocorrer uma incoordenação da deglutição, sendo necessário no início, a alimentação através de colherzinha. Há uma tendência dos pacientes apresentarem refluxo gastroesofágico no pós-operatório, necessitando às vezes de cirurgia anti-refluxo (Almeida, 1997).

3.1.5 Atresia de Duodeno

Conceito:

O duodeno pode ser bloqueado em consequência de um desenvolvimento intrínseco anormal, dando assim origem a um fechamento completo (atresia) ou incompleto (estenose) (Waechter, 1979).

Geralmente estão associadas à síndrome de Down, atresia de esôfago, má rotação intestinal e prematuridade (Salle, 1997).

Manifestações Clínicas:

Vômitos biliosos, distensão abdominal alta, icterícia.

Avaliação diagnóstica:

- ❖ RX simples de abdômem AP e perfil;
- ❖ Sinal de dupla bolha;

- ❖ Distensão gástrica e segunda porção duodenal, com pouco ar debaixo deste nível, significa estenose ou má rotação;
- ❖ Não usar contraste quando há suspeita de obstrução no RN;
- ❖ Laparotomia: duodeno-duodenostomia e gastrostomia.

Conduta terapêutica:

O tratamento operatório compreende uma ressecção e anastomose término terminal a constituição de uma anastomose duodenal (Waechter, 1979).

Cuidados de Enfermagem:

Pré-Operatório:

- ❖ Não oferecer nada por via oral;
- ❖ SNG nº 8, aberta em frasco;
- ❖ Administrar vitamina K e antibióticos conforme prescrição;
- ❖ Manejo da icterícia (fototerapia).

Pós-Operatório:

- ❖ Manter gastrostomia aberta em frasco no chão e medir volume de 8/8 horas, repondo com Soro Fisiológico (SF);
- ❖ Irrigar gastrostomia com 10 ml de SF, 4 vezes ao dia;
- ❖ Após sinais clínicos de funcionamento do tubo digestivo, elevar gastrostomia, medindo resíduo de 4/4 horas;
- ❖ Quando resíduo for pequeno, realimentar pela gastrostomia elevada em funil;
- ❖ Iniciar NPT precocemente;
- ❖ Manter cuidados de rotina do RN (Salle, 1997).

3.1.6 Imperfuração Anal

Conceito:

No desenvolvimento embriológico do intestino grosso, um saco cego dentro do abdome desce para o períneo e junta-se a outro saco, que é uma invaginação da pele, na

região do ânus. As extremidades dos 2 sacos se fundem e o septo entre eles se rompe para formar uma via de passagem comum. Qualquer anormalidade desse processo evolutivo pode resultar em uma malformação do ânus e do reto (Waechter, 1979).

O achado de imperfuração anal durante o exame de rotina do RN, requer definição de tratamento cirúrgico adequado ao caso, em 24 horas (Salle, 1997).

Incidência:

1:2000 nascimentos, sendo mais freqüentes no sexo masculino M:F=3:2 (Salle, 1997).

Fisiopatologia:

As malformações normalmente consistem de 4 tipos:

- ❖ Estenose anal;
- ❖ Membrana anal imperfurada;
- ❖ Agenesia anal – é a mais comum, (o reto termina em fundo de saco);
- ❖ Agenesia retal.

Às vezes são encontradas fistulas nessas anomalias, que podem se localizar em qualquer parte do períneo, anterior ao ânus. É essencial um diagnóstico adequado das fistulas associadas, antes que seja iniciada a cirurgia (Waechter, 1979).

Manifestações clínicas:

- ❖ Ausência da abertura anal;
- ❖ Incapacidade para eliminar mecônio;
- ❖ Presença de fistulas;
- ❖ Distensão abdominal (Whaley & Wong, 1989).

Avaliação Diagnóstica:

- ❖ Verificação da permeabilidade do ânus no RN;
- ❖ Observar eliminação de mecônio;
- ❖ Exames digital e endoscópico identificam a estenose ou a bolsa cega da atresia retal;
- ❖ Exame radiográfico (Whaley & Wong, 1989, Waechter, 1979).

Conduta terapêutica:

O objetivo do tratamento cirúrgico é a reconstrução do ânus na posição apropriada. As malformações do reto distal podem ser corrigidas no período neonatal por meio de um procedimento abdominal perineal de aproximação do intestino e/ou anoplastia. Os bebês com anomalias extensas requerem uma colostomia dividida de sigmóide no período neonatal. A correção final dos defeitos maiores é adiada por 1 ano.

O tratamento da estenose anal geralmente é obtido por dilatações manuais (Whaley & Wong, 1989).

Cuidados de Enfermagem:

Pré-Operatório:

- ❖ Manter alimentação por Sonda Naso Gástrica (SNG);
- ❖ Acompanhar a realização de colostomia nos casos em que houver saída de mecônio pelo orifício retal, ou nos casos onde não houver evidência de fistula baixa em 48 horas;
- ❖ Manter cuidados nos casos de colostomia;
- ❖ Comunicar nos casos em que houver eliminação de mecônio por orifício inadequado.

Pós-Operatório:

- ❖ Manter RN em SNG até o retorno do peristaltismo;
- ❖ Manter a área anal o mais limpa possível evitando infecção;
- ❖ Manter RN em decúbito lateral com os quadris elevados ou a posição supina com as pernas suspensas num ângulo de 90 graus em relação ao tronco, para evitar pressão sobre as suturas perineais;
- ❖ Aplicar calor periódico de uma lâmpada na região operada, facilitando a cicatrização;
- ❖ Administrar antibiótico por 48 horas após cirurgia.

3.1.7 Extrofia de Bexiga

Conceito:

É um defeito congênito grave que acomete o trato urogenital, sistema músculo esquelético, e às vezes, o trato intestinal (Nettina, 1998).

Etiologia/Incidência

Resulta da ausência de fusão in útero da parede abdominal e de suas estruturas subjacentes.

Há uma tendência familiar razoável e raramente ocorre em irmãos. Ocorre uma vez em aproximadamente cada 30.000 partos, sendo 3 vezes mais freqüente em meninos, do que em meninas (Whaley e Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Fisiopatologia:

Na extrofia de bexiga, a superfície anterior da bexiga fica aberta na parte inferior do abdome, permitindo a saída constante de urina para o exterior.

Em meninos pode estar associado a problemas como testículos criptorquídicos, pênis curto, epispádia ou hérnia inguinal. Como o pênis se sobressai de maneira incorreta, a dificuldade sexual pode ser grave.

Em meninas, a genitália pode estar afetada e apresentar fissura do clitóris, lábios completamente separados e ausência de vagina (Whaley e Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Manifestações clínicas:

- gotejo de urina constantemente;
- genitália pode ser ambígua;
- marcha bamboleante ou vacilante;
- podem ocorrer: infecção e ulceração da mucosa vesical (Nettina, 1998).

Avaliação diagnóstica:

A inspeção é o instrumento mais importante na avaliação.

A extensão da anomalia pode ser determinada pelos procedimentos diagnósticos como: radiografia; ultrassonografia, exame cistoscópico; testes urodinâmicos e PIV (Nettina, 1998).

Conduta Terapêutica:

Faz-se tratamento cirúrgico preferencialmente, em casos onde a continência é inexecutável é necessário a realização de uma derivação urinária, como implantante sigmóide ureteral, ureterostomia bilateral em conduto ileal.

A intervenção preferencial é o conduto ileal também chamado de ureterostomia cutânea útero-ileal, onde é ressecada uma secção do íleo ou cólon, e os extremos distais dos ureteres são separados da bexiga e ligados ao íleo, que age como bexiga, porém sem controle voluntário da micção. Neste caso a infecção é mais comum em decorrência da pequena extensão dos ureteres. Em geral este é o método de escolha para o desvio urinário temporário, a fim de prevenir deteriorização da função renal.

Frequentemente a intervenção cirúrgica é adiada até que o RN obtenha maior maturidade fisiológica. Através da cirurgia reconstrutiva e ortopédica por etapas, pode-se alcançar a correção completa aproximadamente na idade escolar (Whaley e Wong, 1989).

Cuidados de enfermagem:

Pré-operatório:

- Proteger a área vesical de traumatismo e infecção;

- manter RN em decúbito lateral ou dorsal;
- limpar a área, freqüentemente, com água e sabão neutro, e após secar sem esfregar;

- manter lactente em incubadora, evitando irritação por roupas, cobertores...;

- expor a área ao ar quente e seco;

• cobrir o defeito com gaze estéril, trocando-a com freqüência, prevenindo a contaminação.

- Observar RN para ver se há sinais de infecção;

- Coletar amostras de urina, segurando o bebê sobre uma cuba, permitindo o gotejamento dentro do mesmo;

- Preparar a criança e os pais para a cirurgia proposta;
 - Orientar os pais quanto ao fato de que o fechamento cirúrgico não garante micção normal e que exige um desvio da urina;
 - Ajudar os pais a lidarem com suas reações emocionais acerca do defeito da criança.
- (Whaley e Wong, 1989 e Nettina, 1998).

Pós-Operatório:

- Ministrando cuidados aos cateteres ureterais e uretrais:
 - observar e registrar a quantidade de drenagem urinária, as posições dos cateteres e a ocorrência de espasmos vesicais;
 - Colocar curativo abdominal no sítio da sutura;
 - Manter o curativo limpo;
 - Observar presença de complicações:
 - infecções urinárias ou incisionais;
 - fistulas nas incisões suprapúbicas ou penianas;
 - Ensinar aos pais os cuidados a serem prestados;
 - Oferecer apoio a longo prazo aos pais, afim de ajudá-los a lidarem com os temores gerados pelo aspecto da genitália, incapacidade para procriar, e rejeição pelos amigos
- (Whaley e Wong, 1989 e Nettina 1998).

Prognóstico:

O sucesso dos objetivos do tratamento (preservação da função renal, obtenção do controle urinário, reparo reconstrutivo adequado com benefício psicológico e melhora da função sexual) depende da intensidade da extrofia (Whaley e Wong, 1989).

3.1.8 Teratoma ou Tumor Sacrococcígeno

Conceito:

Os teratomas encontram-se entre as malformações tumorais mais comuns de células germinais da infância e também são reconhecidos, mais frequentemente, como “neoplasmas fetais”(PIZZO; POPLACK, 1997).

Etiologia/Incidência:

A Cistogênese destes tumores está relacionada, provavelmente, à migração incompleta das células germinais, do endoderma do saco ovular, para o sulco urogenital.

Aproximadamente 75% dos pacientes são meninas. As anomalias congênitas são observadas em cerca de 18% dos pacientes, apresentando defeitos músculo esqueléticos e também malformações do sistema nervoso central.

Avaliação diagnóstica:

Muitos dos tumores são exógenos e visíveis ao exame externo. Por isso, aproximadamente 80% dos casos são diagnosticados ainda durante o primeiro mês de vida. Embora extensos, os tumores externos, pouco provavelmente, estão associados com componentes de malignidade. Somente 17% deles são considerados malignos, e esta incidência de malignidade relaciona-se com o tipo cirúrgico, com a idade em que o diagnóstico é realizado e com o gênero, mas não com o tipo de tumor. O elemento de malignidade mais comum está relacionado com carcinomas embrionários.

Conduta terapêutica:

A remoção completa e precoce do teratoma é indicado, no sentido de promover a vida do recém-nascido e evitar qualquer possibilidade de evidência de metástases. À monitoração destes pacientes deve ser realizada com cuidado, uma vez que poderá haver retorno das células tumorais, ou ainda, a permanência de tecido tumoral residual que, posteriormente, poderá levar à presença de malignidade. Muitas vezes, o tratamento, além de cirúrgico, requer quimioterapia, como terapia complementar.

Prognóstico:

Normalmente, a cura sobrevém em aproximadamente 95% dos casos, quando não há outras complicações associadas. Dados recentes mostram que apenas 10% do

prognóstico de crianças com este tipo de problema evoluíram para tumores malignos (PIZZO; POPLACK, 1997).

3.1.9 Síndrome de Edwards ou Trissomia do 18.

Conceito:

Aneuploidia: trissomia do cromossomo 18, que ocasiona uma combinação especial de malformações.

Etiologia e incidência:

Incidência de 1/3500 a 1/8000, aumentando com a idade materna. É maior no sexo feminino (3F : 1M). Para mulheres com mais de 35 anos a incidência é de 1/200. Há risco teórico de recorrência de 1%; não importando com a idade materna (Osório e Robinson, 1993).

Fisiopatologia:

Ocorre trissomia total ou da maior parte do cromossomo de número 18. Grande maioria dos casos são de trissomia do 18 completa devido a distribuição anormal dos cromossomos, o que se observa com maior frequência em gestantes idosas, com idade média de 32 anos de idade (Smith, 1989).

Manifestações clínicas:

Retardo mental; hipertonia; retardo do crescimento; occipício proeminente; retroflexão da cabeça; suturas cranianas abertas e grandes fontanelas ao nascer; fenda palpebral pequena; epicanto; hipertelorismo ocular; sombrancelhas arqueadas; micrognatia e ou retrognatia; palato ogival; microstomia; lábio e ou palato fendido (infrequentes); orelhas dismórficas e de baixa implantação, pescoço curto; cardiopatias congênicas em 99% dos casos; principalmente defeito do septo interventricular e persistência do canal arterial; esterno curto; hipertelorismo mamilar; hérnia diafragmática; divertículo de Meckel; pelve

pequena; quadris com abdução defeituosa; genitais externos anormais (criptorquidia e/ou hérnia inguinal nos meninos, hipertrofia do clítoris com hipoplasia dos grandes lábios, nas meninas; anormalias renais (rim em ferradura, mega ureteres ou ureteres duplos); mãos fortemente fechadas; indicador maior que os demais dedos e flexionado sobre o dedo médio, bem como dedo mínimo flexionado sobre o anular, unhas hipoplásticas; pés em cadeira de balanço, flexão dorsal do hálux; pés equinovaros; calcanhar proeminente; linha miesca em 30% dos casos; trirrádio axial distal; sulcos simples de flexão nos dedos; 6 - 10 arcos simples nos dedos lactentes débeis; peso entre 2000 e 2500g (Osório e Robison, 1993; Smith, 1989).

Avaliação diagnóstica:

É realizado análise cromossômica dos pais da criança, com a finalidade de verificar se um deles é portador de translocação equilibrada (Smith, 1989).

Conduta terapêutica:

Após confirmado o diagnóstico, recomenda-se restringir as tentativas médicas de prolongar a vida do pequeno paciente (Smith, 1989).

Prognóstico:

A expectativa de vida é baixa, 30% morrem antes de 1 mês de vida e 10% antes de 1 ano. Meninas tem maior sobrevivência do que meninos. Os mosaicos duram mais, podendo chegar à vida adulta (Osório e Robinson, 1993).

3.1.10 Síndrome da Brida Amniótica

Conceito:

Segundo Smith (1989) as malformações provocadas pela ruptura precoce do saco amniótico, foram descritas desde 1685 por Portal. Contudo, malformações análogas só foram descritas recentemente.

Etiologia/Incidência:

É idiopática, com raras exceções. As exceções são de origem sabida ou supostamente traumática e abrangem, entre outros, um exemplo de tentativa de aborto com o auxílio de um cabide de roupa ou um acidente devido à queda da gestante de um cavalo.

Geralmente, trata-se de uma ocorrência esporádica em famílias normais e a repetição deste espectro de anomalias em outros filhos de mesmo casal pode ser considerado praticamente desprezível (Smith, 1989).

Acredita-se que 1 em cada 2000 recém-nascidos apresentam alguma anomalia devida a ruptura precoce do saco amniótico.

Fisiopatologia:

A ruptura precoce da membrana é capaz de provocar alterações da morfogênese, decorrentes da compressão do embrião jovem que por sua vez pode ser responsável pelas deformidades moldadas, tais como a escoliose e a deformidade dos pés. Pode ainda causar edema, hemorragia e necrose de reabsorção, com destruição de tecidos anteriormente normais, conforme demonstram as experiências baseadas na ruptura artificial do saco amniótico, na época em que se inicia a morfogênese dos membros. A compressão pode também causar desvios da morfogênese dos membros levando a polidactilia, por outro lado, pode resultar em morfogênese incompleta de estruturas em vias de se desenvolverem normalmente, provocando, por exemplo, sindactília, devido a separação incompleta dos artelhos. A compressão e/ou a presença de bridas amnióticas reduz muitas vezes o espaço e restringe os movimentos do feto, resultando na formação de um cordão umbilical muito curto. As bridas e velas anormais da membrana amniótica podem causar anomalias da morfogênese da região crânio-facial, da parede abdominal e/ou dos membros. Outras vezes, restringem a motilidade e resultam em deformidades mecânicas de origem postural.

Tanto o tipo como a gravidade das conseqüências da ruptura precoce do saco amniótico dependem da época em que ocorre a ruptura.

Manifestações clínicas:

ANOMALIAS ENCONTRADAS NO ESPECTRO DA RUPTURA DO SACO AMNIÓTICO			
Idade Gestacional	Crânio e face	Membros	Outras malformações
3 semanas	Anencefalia Deformidade da face, probóscide Fendas faciais anormais, Malformação dos olhos, encefalocele, meningocele		Placenta presa à cabeça e/ou ao abdome
5 semanas	Lábio leporino comum Atresia de coanas	Redução de membros Polidactilia Sindactilia	Falhas da parede abdominal Falhas de parede torácica Escoliose
Da 7ª semana em diante	Fenda palatina (seqüência de Robin) Deformidade das orelhas Cranioestenose	Bridas amnióticas Amputação Hipoplasia Pseudo-sindactilia Linfedema das extremidades Deformidade dos pés Luxação do quadril	Cordão umbilical curto Onfalocele
Mais tarde	Óligo-hidrâmnios e respectiva seqüência de deformidades		

Avaliação diagnóstica:

Através do exame clínico pode-se encontrar todas as graduações possíveis desde anencefalia (defeito precoce) como a seqüência do óligohidrâmnios devido ao vazamento prolongado e crônico do líquido amniótico (problemas tardios).

Não se observam dois casos perfeitamente idênticos, assim como não existe uma única manifestação, com inclusão das bridas amnióticas, que ocorra obrigatoriamente em todos os casos (Smith, 1989).

Ao examinar a placenta pode-se observar, às vezes, bridas e tiras aberrantes da membrana amniótica e outras vezes os resíduos do saco amniótico se encontram enrolados em torno do local de implantação do cordão umbilical na placenta.

Conduta Terapêutica:

Quando não há comprometido apreciável do encéfalo, a correção mediante cirurgia plástica está indicada, uma vez que o cérebro pode ser normal.

Quando há malformações nos membros, a cirurgia plástica está indicada principalmente nos sulcos profundos devido a constrição parcial, em volta de toda a circunferência do membro, acompanhando-se de comprometimento parcial do retorno venoso e/ou linfático da extremidade do membro afetado. Recomenda-se nestes casos a plástica cutânea em “Z”, com a finalidade de se eliminar a constrição parcial e de melhorar as condições estéticas.

Prognóstico:

A maioria dos casos de ruptura precoce do saco amniótico terminam em aborto, natimortalidade ou morte neonatal. Em mais da metade dos casos o diagnóstico inicial é incorreto, pois muitas vezes se refere a uma das várias malformações presentes. Os fetos que geralmente sobrevivem são crianças normais, exceto com malformação do membro (constrição ou amputação).

3.1.11 A criança portadora de malformação e sua família

Enquanto a família aguarda a chegada de um bebê, é comum a idealização do mesmo. Passam meses sonhando e falando, atribuindo-lhe características físicas e até psicológicas que gostariam de ver realizadas. Sendo que em nossa sociedade o ideal de criança é o “bebê johnson”, “rechonchudo”, feliz, amável e sadio. No entanto, ao se depararem com o nascimento de um bebê portador de malformações, que não se comporta

como o esperado, que não nasceu como o aguardado, não desenvolveu ou correspondeu àquilo que os pais intimamente desejavam dele, esta família poderá experimentar sentimentos de tristeza, desespero, culpa, incapacidade, receio, devido ao que fizeram ou deixaram de fazer, que possa ter ocasionado a doença do recém-nascido.

Este processo pode ser descrito como uma “reação de luto” que a família sente pela perda do bebê perfeito que não tiveram, necessitando de apoio e tempo para se adaptarem ao seu bebê real.

Entende-se que o bebê não existe só, ele necessita da família para satisfazer suas necessidades. O choque de ter dado a luz à um bebê malformado pode gerar nos pais medo de tocá-lo, acariciá-lo, aconchegá-lo e embalá-lo, não ocorrendo interação ou vínculo entre ambos (pais e filho), o que é fundamental nos momentos iniciais da vida pós-natal. A qualidade dos cuidados que a criança recebe dos pais é de suma importância para seu desenvolvimento futuro, sendo que o estabelecimento do vínculo é influenciado pelo contato físico pele-a-pele, contato visual e amamentação.

As estratégias de enfrentamento da família são ricas e diversas, refletindo valores culturais, éticos e morais (Klaus e Kennell, 1982 apud Scochi et al, 1998; Gomes, 1992).

As reações dos pais ao nascimento de um bebê com malformação congênita, geralmente seguem um curso previsível. Para a maioria dos pais, o choque, a descrença e um período inicial de intensos distúrbios emocionais, que incluem raiva, tristeza e ansiedade, são seguidos de um período de adaptação gradual, marcado pela diminuição da ansiedade e reação emocional intensa. Essa adaptação caracteriza-se pelo aumento da satisfação e pela habilidade de cuidar da criança. O choque, a descrença e a recusa podem ser percebidos como uma tentativa compreensível de escapar às notícias traumáticas de malformação da criança, as quais fogem a todas as expectativas sendo impossível registrá-las, a não ser gradualmente (Klaus e Kennell, 1998).

O intenso distúrbio emocional que ocorre com os pais, corresponde a um período de crise, a qual inclui em período de impacto, um aumento na tensão associada a stress e por fim um retorno ao equilíbrio.

Durante a sequência de reações dos pais ao nascimento de um bebê malformado, ocorre a mudança do retrato mental normal para o de recém-nascido real. O que contribuirá

posteriormente para que os pais tornem-se capazes de cuidar adequadamente de seus bebês e enfrentem efetivamente os sentimentos de tristeza e raiva (Gomes, 1992).

Trabalhar com crianças “anormais” é difícil, sendo que a gravidade dos defeitos pode vir a influenciar o grau de ansiedade na prestação de cuidados da enfermeira à criança que necessita.

A equipe multiprofissional que cuida desta criança deve ser consciente de que os pais de crianças que se desviam da normalidade, necessitam de ajuda profissional contínua, pois enfrentam muitos problemas dolorosos que devem ser resolvidos de modo construtivo, para que possam alcançar o equilíbrio emocional e olhar para o futuro.

Mesmo sentindo-se, em muitos momentos, constrangidos por “não saberem o que dizer”, os profissionais devem aproximar-se psicologicamente e fisicamente dos pais, na tentativa de ajudá-los, e encorajá-los a reagir de modo mais completo que possam, em uma atmosfera de aceitação de sentimentos.

Os profissionais devem ser cuidadosos, evitando afirmativas super otimistas a respeito do futuro, pois estas servem apenas para aliviar as suas tensões, não ajudando aos pais a começarem a testar a realidade objetiva.

A enfermeira estará ajudando aos pais, quando estiver prestando cuidados ao recém-nascido, com interesse e preocupação. Desse modo investindo na criança desviada, do valor da normalidade para a mãe, que poderá vir a se sentir mais confortável consigo própria.

A enfermeira ainda pode, de forma esclarecedora e paciente, ensinar a mãe a cuidar de seu bebê, o que poderá propiciar o fortalecimento dos sentimentos de suficiência no cuidado, bem como aumentar o amparo maternal.

Em razão de todas estas perspectivas apontadas anteriormente e considerando-se que a incidência do defeito congênito na população geral tem uma ocorrência de 3 a 5%, é importante que a enfermeira tenha conhecimento acerca do aconselhamento genético, para poder informar e encaminhar as famílias que tiveram bebês anormais, e que desejam ter mais filhos (Waechter, 1979).

Segundo Waechter (1979, p.200):

“O aconselhamento genético é a maneira de dar informações a respeito dos distúrbios genéticos e dos defeitos congênitos aos indivíduos afetados ou as famílias que tem descendentes ou parentes portadores de um defeito ou que estão em risco de ter uma descendência afetada de modo semelhante”.

“Frequentemente, a maioria das pessoas que procura informar-se a cerca da possibilidade de recorrência de uma doença ou distúrbio são pais de uma criança com uma doença ou defeito específico que reduz, significativamente as capacidades de seu filho e que se preocupam com o fato de poderem gerar outra criança doente. Este aconselhamento pode ser solicitado antes que o casal inicie outra gestação após a mãe já estar grávida ou após o nascimento de um outro filho. Podem estar preocupados a cerca do risco para os irmãos normais de uma criança afetada ou para os futuros filhos desta criança” (Whaley e Wong, 1990).

3.2 A TEORIA DE ADAPTAÇÃO DE SISTER CALLISTA ROY

3.2.1 Conhecendo a teorista

Sister Callista Roy nasceu em 1939 nos Estados Unidos. Obteve seu grau de bacharel em enfermagem, em 1963, no Mount Saint Mary's College, em Los Angeles; o grau de mestre em enfermagem em 1966, e o grau de doutora em sociologia em 1977, na Universidade da Califórnia.

Tem trabalhado no seu Modelo de Adaptação desde 1964. Em 1970 teve este modelo adaptado como estrutura conceitual do currículo de graduação em enfermagem do Mount Saint Mary's College. O modelo de Adaptação de Roy foi novamente publicado em 1984, com extensiva revisão.

Roy é membro da American Academy of Nursing e está em atividade em várias organizações, inclusive na Sigma Theta Tau e na North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Galbreath, 1993).

3.2.2 Modelo de Adaptação

Segundo Galbreath (1993), há cinco elementos essenciais no modelo de adaptação de Roy, a saber:

- ❖ A pessoa que recebe o cuidado de enfermagem;
- ❖ A meta da enfermagem;
- ❖ O conceito de saúde;
- ❖ O conceito de ambiente;
- ❖ A direção das atividades de enfermagem.

Estes cinco elementos, inter-relacionados, definem e esclarecem as bases teórico-metodológicas, sob as quais a enfermeira aplica o processo de enfermagem, a fim de promover a adaptação em situações de saúde e doença.

Para auxiliar no entendimento destes elementos, optamos por apresentá-los, resumidamente, em quatro grande tópicos. Assim, os itens “meta da enfermagem” e “direção das atividades de enfermagem” contemplam um único tópico descritivo.

A Pessoa

Roy afirma que o receptor do cuidado de enfermagem pode ser a pessoa, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade. Cada um é considerado um sistema holístico, adaptativo, estando em constante interação com seus ambientes. Este sistema é formado por diferentes elementos: a) input (estímulos focais, contextuais e residuais); b) processo de controle (mecanismos de enfrentamento: cognição e regulação); c) efetadores ou modos adaptativos (fisiológico, auto-conceito, função do papel e interdependência); d) output (respostas adaptativas e/ou ineficientes; e) retroalimentação (feedback). Estes elementos mantêm íntima relação entre si, com o ambiente interno e externo em busca de adaptação (Roy apud Contreras, 1990).

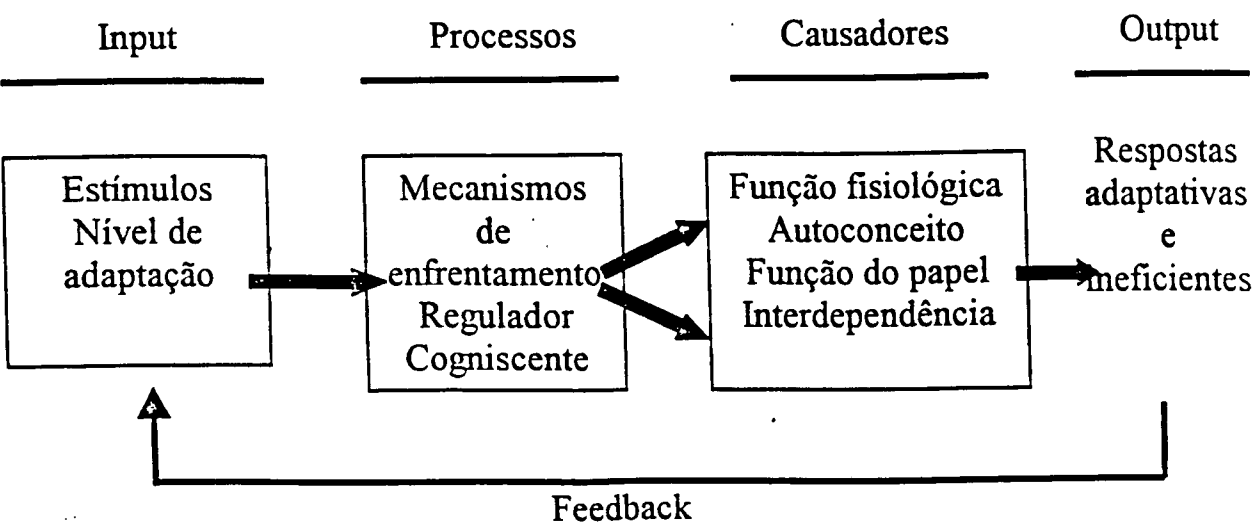


Fig. 2 – A pessoa como um sistema adaptativo (fonte: George, 1993 – p. 208)

A Meta e a Direção das Atividades de Enfermagem

Roy define a meta da enfermagem como a promoção de respostas adaptativas, em relação aos quatro modos adaptativos citados anteriormente. As respostas adaptativas são consideradas como aquelas que afetam a saúde de maneira positiva.

O desempenho da enfermagem, quando desenvolve ações de cuidado com a pessoa (cliente, família ou comunidade), visa reduzir as reações ineficientes do seu processo de enfrentamento e promover as reações adaptativas, como comportamento de saída (output) da pessoa.

Os valores humanísticos do Modelo de Adaptação estão ligados à sua definição do propósito ou meta específicos da enfermagem. A existência humana é encarada como dinâmica e intencional. A pessoa respeitada como criativa e ativa no uso de seus processos de enfrentamento e como participante ativa de seu cuidado. O propósito da enfermagem de promover a adaptação contribui na saúde, na unidade e na solidariedade da pessoa, no âmbito do seu eu em relação aos outros.

As ações de enfermagem, sugeridas no Modelo, incluem métodos que visam a manutenção de respostas adaptativas, apoiando, assim, os esforços da pessoa para utilizar, criativamente, seus mecanismos de enfrentamento (Galbreath, 1993).

O Conceito de Saúde

Segundo Blue et al (1989), Roy vem refinando a percepção de saúde, através dos tempos. Em seus trabalhos anteriores, considerava a saúde situada em um continuum que ia desde a morte ou uma saúde precária, aos mais altos graus de bem-estar. Em seu trânsito pelo continuum saúde-enfermidade, o homem encontra problemas, aos que teria que se adaptar.

Nos trabalhos mais recentes, Roy tem encontrado mais a saúde como um processo. Assim, a saúde é considerada como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa integrada e global. A autora deduziu esta definição da idéia, segundo a qual, a adaptação é um processo que consiste na promoção da integridade fisiológica, psicológica e social; e

essa integridade implica numa condição de ausência de impedimentos que conduz a plenitude ou unidade de seres humanos.

A saúde e a enfermidade conformam uma dimensão inevitável na experiência global do indivíduo. A enfermeira se ocupa desta dimensão. Quando os mecanismos de enfrentamento a estímulos não funcionam, produz-se a enfermidade. A saúde é o resultado da continuidade adaptativa do homem. A capacidade do indivíduo para adaptar-se aos estímulos, possibilita sua liberdade para responder a outros. Evitar gastos de energia na tentativa de enfrentamentos infrutíferos para favorecer a promoção da saúde (Blue et al, 1989).

O Conceito de Meio Ambiente

Segundo Roy, meio ambiente são todas as condições, circunstâncias e influências (estímulos do tipo cultural, familiar, crescimento e desenvolvimento psicossomático) circundando e afetando o comportamento do ser humano. O ambiente está constituído por toda as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e a conduta do indivíduo ou dos grupos. Para a pessoa, como sistema adaptativo, o ambiente representa um input que implica fatores externos e internos. Estes fatores podem ser amplos ou limitados, negativos ou positivos. Toda e qualquer mudança no ambiente exige um aumento de energia para adaptar-se à situação. Os fatores ambientais que afetam a pessoa classificam-se como estímulos focais, residuais e contextuais (Blue et al, 1989, p.264).

4 MARCO CONCEITUAL

Marco conceitual é a organização do conhecimento, que servirá de guia ou referência para a prática profissional, de modo que os elementos envolvidos na dinâmica desta prática tenham uma idéia clara de como conduzir os seus esforços para o alcance dos objetivos comuns (Watson e Mayers, 1981 apud Contreras, 1990).

O marco conceitual é fundamentado em uma filosofia e pressupostos que direcionarão a prática. Os pressupostos são entendidos como crenças pré-concebidas e aceitas como verdades, não sendo portanto testadas empiricamente, mas geralmente confirmadas (Penna, 1992, baseada em Wiliams, 1979).

Para nortear a elaboração dos conceitos para o presente trabalho, apresentaremos pressupostos básicos da Teoria da Adaptação de Roy, acrescidos de dois pressupostos criados pelas acadêmicas.

4.1. “Pressupostos Básicos”

Pressuposto 1 – “A pessoa é um ser bio-psico-social”.

Pressuposto 2 – “A pessoa está numa costante interação com as mudanças do meio ambiente”.

- Pressuposto 3 – “Para enfrentar as mudanças do mundo que lhe rodeia, o ser humano utiliza tanto os mecanismos adquiridos, os quais são de origem fisiológica, psicológica e social”.
- Pressuposto 4 – “Saúde e doença são dimensões inevitáveis da vida do ser humano”.
- Pressuposto 5 – “Para responder positivamente as mudanças do meio ambiente o ser humano precisa se adaptar”.
- Pressuposto 6 – “A adaptação da pessoa depende da função dos estímulos, ao qual a pessoa está exposta e do seu nível de adaptação”.
- Pressuposto 7 – “O nível de adaptação da pessoa é de tal forma que abrange uma zona indicando a extensão de estímulo que conduzirá a uma reação positiva”.
- Pressuposto 8 – “A pessoa é concebida como tendo quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, auto-conceito, função do papel e relação de interdependência” (Roy 1989 apud Contreras, 1990).
- Pressuposto 9 – Para promover seu sistema adaptativo, o RN necessita primordialmente ser aceito e amado por sua família.
- Pressuposto 10 – A família do RN portador de malformação necessita de apoio e orientação, por parte da enfermagem, para que possa enfrentar positivamente a experiência, adaptando-se continuamente à nova situação de vida.

4.2. CONCEITOS COMPONENTES DO MARCO

Recém-nascido portador de malformação (pessoa)

O recém-nascido é um ser humano bio-psico-social que constitui um sistema aberto chamado de “sistema de adaptação”. Encontra-se internado no berçário, pois necessita de cuidados específicos relacionados à sua malformação. As condições, circunstâncias ou influência internas e externas (meio) que rodeiam e afetam o desenvolvimento e comportamento deste ser são considerados como input ou estímulos.

Segundo Roy há três classes de estímulos: focal, contextual e residual. Estes podem ser de natureza química, biológica, psicológica e social.

O estímulo focal é uma condição, circunstância e/ou influência ao qual o RN portador de malformação está sujeito. A este estímulo o recém nascido responde de forma imediata com comportamento adaptativo e/ou inefetivo, podendo afetar mais de um modo adaptativo (fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência). Para efeitos da prática assistencial foram consideradas as reações da criança que afetaram prioritariamente o modo fisiológico e o modo de interdependência.

Estímulo contextual é qualquer influência presente no contexto (meio) e que contribui para que o RN manifeste um determinado comportamento ou resposta adaptativa ou inefetiva ao estímulo focal, mas não são o centro da atenção e da energia do mesmo.

Os estímulos residuais são as características relevantes para a situação que, em combinação com os outros estímulos (focal e contextual), contribuem para determinar comportamentos do RN. São considerados possibilidades de influir na situação, porém são difíceis de serem conhecidos, avaliados ou medidos objetivamente (Roy apud Monticelli e Silva, 1997).

Nesta situação, o estímulo focal é a própria malformação do recém-nascido. Os estímulos contextuais poderão ser limitações, complicações ou outros fatores nos quais a malformação exercerá influência. Para a família do recém-nascido o estímulo focal continua sendo a malformação do RN e o estímulo contextual poderá ser, por exemplo, a percepção que tem acerca do problema deste RN.

Os estímulos residuais poderiam incluir a história prévia da família, como por exemplo, a existência de outro membro familiar, portador de alguma malformação.

O recém-nascido utiliza as habilidades internas, inatas ou adquiridas para enfrentar as mudanças ou estímulos do meio ambiente. Estas habilidades se constituem em mecanismos internos de enfrentamento do próprio RN, os quais são denominados de cognição e regulação (Roy, 1984 apud Contreras, 1990). O regulador responde por atividade neural, química e endócrina (sistema nervoso autônomo) e o de cognição pode ser observado em quatro modos de adaptação, são eles:

Modo fisiológico: “respostas físicas aos estímulos e manifestações das atividades fisiológicas do organismo. Estas respostas são relativas à integridade física, como a oxigenação, a nutrição, a eliminação, a atividade e o repouso, a proteção (abrigo), a integridade do corpo, etc.

Modo de autoconceito: conjunto de crenças, valores e sentimentos da pessoa em relação a si mesma, sendo que é formado pelas próprias percepções e reflexões dos outros. Constituem aspectos psicológicos, morais e espirituais da pessoa. Está relacionado à necessidade de integridade psíquica.

Modo de desempenho do papel: é a natureza social e compreende os papéis que a pessoa desempenha na família, e na sociedade. Está relacionada a necessidade de integridade social: saber quem se é em relação aos outros.

Modo de interdependência: é de natureza social e se refere ao dar e receber amor, respeito e valor. Está relacionada com a necessidade de adequação afetiva; sentimentos de segurança na manutenção de relacionamento com outros que são importantes para a pessoa e que contribuem para satisfazer suas necessidades de interdependência (Roy apud Monticelli & Silva, 1997).

Em se tratando de recém-nascido portador de malformação, o modo fisiológico são as respostas fisiológicas apresentadas por ele, associadas às respostas provenientes da malformação específica; no modo de autoconceito a resposta seria não do RN e sim da família na qual está inserido, podendo ser a reação que tiver ao se deparar com um RN malformado; a modo de desempenho do papel também refere-se à família, podendo ser as reações apresentadas pela mesma, no processo de desenvolver os papéis de mãe, de pai, de irmão, dentre outros. Estas reações podem ser, por exemplo de conflito, de expectativa em relação aos outros, de culpa etc.; o modo de interdependência está relacionado com a necessidade do RN em receber amor e ser aceito pela família, principalmente pelos pais, que são a principal fonte de amor desde o nascimento até o primeiro ano de vida. Também está

relacionado com a necessidade da família em receber e dar amor e em aceitar o recém-nascido (Whaley & Wong, 1989).

Família do RN portador de malformação (pessoa)

Um sistema de adaptação dinâmica, constituído por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, como uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria e de acordo com os mecanismos de cognição e regulação, possui, cria e transmite, crenças, valores e conhecimentos comuns que poderão determinar diferentes formas de enfrentamento e conseqüentes processos adaptativos referentes ao nascimento de um RN portador de malformação como um novo membro desta família. Tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas, incluindo toda a equipe multidisciplinar que presta cuidados ao RN durante sua hospitalização; famílias e outras instituições, em diversos níveis de aproximação. Necessita de apoio e orientações acerca do problema ao qual enfrenta para que defina corretamente seus objetivos, promova meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo, e atinja um nível de adaptação efetivo para vislumbrar a vida. A família, neste marco, é considerada como um input (ou um estímulo) para o recém nascido (adaptado do GAPEFAM, 1995 apud Rosa e Elsen, 1996).

Saúde

“Saúde é um estado e um processo de ser e vir a ser uma pessoa integrada e total. A integridade da pessoa é expressa como a habilidade de alcançar as metas de sobrevivência” (Roy, 1984, apud Galbreath, 1993, p.213). Este estado e processo reflete a adaptação da pessoa. É manifesto pela inteireza e integração dos componentes fisiológicos, auto-conceito, função do papel e interdependência, tanto do recém-nascido portador de malformação como de sua família. A enfermeira que utiliza o modelo de Roy faz uso do

conceito de saúde como a meta para o comportamento da pessoas. A enfermagem visa à promoção da saúde, promovendo reações adaptativas.

Meio Ambiente

São condições, circunstâncias e influências que afetam e comportamento do RN e sua família. O meio ambiente será o hospitalar, onde o RN estará internado em condições que variam segundo o grau e o risco de sua malformação específica. Tanto a família quanto o RN sofrerão influências positivas ou negativas de acordo com o recebimento de estímulos focais, contextuais e/ou residuais, podendo adaptar-se ou não ao novo meio ambiente.

Sistema Adaptativo

É um processo de mudança no meio ambiente interno e externo ao qual o ser humano responde positivamente (Radell, et al, apud Contreras, 1990).

Segundo Roy, (1988 apud Contreras, 1990) é um ponto constante em mudança produzido pelos estímulos focal, contextual e residual.

O objetivo das ações de enfermagem com o recém-nascido portador de malformação e sua família é promover a adaptação de ambos, considerando-os como pessoas com características bio-psico-sociais, enfrentando mudanças provocadas pela malformação dentro dos quatro modelos adaptativos do Modelo de Adaptação de Roy (adaptado de Contreras, 1990).

Enfermagem

Visa a promoção de respostas adaptativas tanto da família quanto do recém-nascido portador de malformação em relação aos quatro modos adaptativos: fisiológico, auto-conceito, desempenho do papel e interdependência. Através de suas ações, a enfermagem procura aumentar, diminuir ou manter os comportamentos manipulando os estímulos para obter níveis contínuos de adaptação (baseada em Conteras, 1990).

5 METODOLOGIA

5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA

Foi escolhido para o desenvolvimento do projeto assistencial, o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado à rua Rui Barbosa, 152, bairro Agrônômica, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. O hospital possui uma área construída de 2248 m², com capacidade para 300 leitos, estando atualmente 151 leitos ativados, distribuídos nas seguintes especialidades: neonatologia (berçário e UTI), oncologia, queimados, doenças infecciosas e infectocontagiosas, gastroenterologia, pneumatologia, nefrologia, cardiologia, adolescentes, desnutrição, clínica médica e cirurgia geral (ortopedia, otorrino, plástica, oftalmo e buco-maxilo).

A instituição presta atendimento à faixa etária de 0 a 15 anos, em nível de ambulatório, emergências e internações.

A equipe de enfermagem é composta por 32 (trinta e dois) enfermeiros, 62 (sessenta e dois) técnicos, 62 (sessenta e dois) auxiliares, 144 (cento e quarenta e quatro) atendentes e 23 (vinte e três) auxiliares administrativos.

O berçário neonatológico conta, atualmente, com 13 (treze) leitos, estando estes distribuídos em 7 (sete) grandes salas. As três primeiras localizam-se no lado esquerdo do Berçário e possuem, cada uma, 6 (seis) berços ou incubadoras, sendo que a primeira sala

está desativada por motivo de infiltração; a segunda aloja normalmente crianças prematuras e/ou de baixo peso e a terceira, crianças portadoras de afecções clínicas e cirúrgicas. As 4 (quatro) salas que localizam-se no lado direito do Berçário, funcionam como unidades de isolamento para pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas e/ou que necessitem de isolamento protetor.

A equipe de enfermagem da unidade é composta por 1 (um) enfermeiro em turno de 6 (seis) horas diárias; 6 (seis) técnicos com turno de 12 horas e 11 (onze) atendentes, 3 (três) deles concluindo curso de auxiliar de enfermagem. Além destes, a equipe conta ainda com 1 (um) escriturário e 3 (três) auxiliares de limpeza. Nossa área de abrangência para o desenvolvimento do estágio, serão os 4 (quatro) isolamentos e a sala de pacientes clínicos e cirúrgicos. A escolha foi feita intencionalmente por alojarem RN portadores de malformações. No Hospital Infantil Joana de Gusmão todo o paciente tem direito a um acompanhante durante as 24 horas do dia. A troca de acompanhante (pai, mãe ou responsável) deve ser feita na portaria de visitas das 08:00 às 8:30 horas; 14:00 às 14:30 horas e na portaria de serviço das 21:30 às 22:00 horas. Compete ao enfermeiro da unidade de internação definir quanto a idade mínima do acompanhante.

Durante o período noturno, as mães que amamentam poderão permanecer na unidade, e as que não, poderão ir para o albergue. Os pais podem permanecer na unidade no horário das 9:30 às 18:30 horas e das 19:30 às 21:00 horas, podendo dormir no albergue. As demais visitas são permitidas no horário das 15 às 17 horas, com acesso somente pelos visores.

Estando o RN no isolamento, somente os pais poderão visitá-lo. Abre-se exceção a visita aos pais que cheguem de longe e aos pais cujo trabalho não permita visitas ao filho no horário previsto.

A mãe participa gradualmente no atendimento ao seu bebê; sendo fornecido alimentação e alojamento às mães que acompanham os mesmos. Às mães que amamentam são fornecidas também acomodações em quarto próximo ao berçário (como as vagas são limitadas faz-se uma avaliação da necessidade e vaga disponível, tendo a mãe que obedecer algumas normas para uso do quarto).

5.2. POPULAÇÃO – ALVO

O foco central deste trabalho foi o recém nascido portador de malformação congênita e sua família, pois pensam as acadêmicas que os laços familiares são imprescindíveis para um crescimento e desenvolvimento efetivo do RN.

Foi dada prioridade na assistência de enfermagem, aos recém-nascidos com data de internação mais recente, tendo menor tempo de vida (nas salas de isolamento e sala de RNs com afecções clínicas e cirúrgicas), bem como àqueles cujas famílias solicitarem e/ou consentirem em participar da assistência objetivando trabalhar um maior tempo com a criança.

5.3 Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem é entendido aqui, como a operacionalização do marco conceitual. De acordo com Roy (apud Contreras, 1990), é um conjunto de procedimentos na tentativa de solucionar comportamentos inefetivos e/ou manter comportamentos adaptativos que o RN e sua família apresentam quando se deparam com as mudanças do meio ambiente interno e externo.

O processo de enfermagem é ainda a avaliação de comportamentos através de dados coletados sobre os estímulos focais, contextuais e residuais que o paciente enfrenta. Através destes fixam-se metas, implementam-se planos visando alterar ou manipular estes estímulos, evoluindo para o alcance das metas do processo (Roy, 1984, apud Campedelli, 1989).

O processo de enfermagem, proposto pelo modelo de adaptação de Roy é composto de 5 fases, sendo elas: avaliação 1^o. e 2^o. nível, diagnóstico, fixação ou planejamento de metas, implementação de metas ou intervenção e evolução (Silva e Monticelli, 1997 e Galbreath, 1993).

a) Avaliação de 1^o. nível:

A avaliação de 1^o. nível é considerada a reunião de comportamentos de saída da pessoa como um sistema adaptativo em relação aos 4 (quatro) modos adaptativos. A coleta de dados relaciona-se aos modos: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência. É chamada também de avaliação comportamental.

Os dados relacionados ao modo fisiológico serão coletados tendo como foco o recém-nascido (pessoa); o modo de autoconceito e função de papel serão coletados tendo como foco a família e o modo de interdependência abrangerá tanto o recém-nascido como sua família.

b) Avaliação de 2^o. nível:

A avaliação de 2^o. nível será realizada logo após a de 1^o. nível, sempre que estiverem presentes comportamentos ineficientes ou reações que requerem assistência de enfermagem. Coletam-se dados sobre os estímulos: focal, contextual e residual.

Observação: A avaliação de 1^o. e 2^o. nível será realizada utilizando-se o instrumento que se encontra no apêndice 1.

c) Diagnóstico de enfermagem:

É a fase em que são formulados ou declarados os comportamentos após análise dos dados coletados na avaliação de 1^o. e 2^o. nível. Para auxiliar na declaração desses diagnósticos, utilizaremos como base a ser seguida, a lista de diagnóstico da NANDA apud Galbreath (1993) – Apêndice 2.

d) Planejamento e Implementação:

As ações de enfermagem serão planejadas e implementadas visando alterar ou manipular os estímulos focais, contextuais ou residuais e ampliar a capacidade de enfrentamento, tanto do recém-nascido como da família.

e) Evolução:

O processo de enfermagem é completado pela evolução. Nesta fase do processo são avaliados o alcance ou afastamento das metas traçadas e com base nestes dados são feitos reajustes nas metas e intervenção.

Observação: O registro das fases de diagnóstico, planejamento e implementação e a evolução será realizada em instrumento específico conforme apêndice 3.

5.4 Plano de Ação Global

Objetivo 1 -

Reconhecer o funcionamento e organização da unidade de berçário do HIJG, interagindo com a equipe multidisciplinar.

Estratégias:

- ❖ Apresentar-se à equipe do berçário;
- ❖ Apresentar o projeto à equipe multidisciplinar compartilhando sugestões;
- ❖ Familiarizar-se com o funcionamento da unidade;
- ❖ Participar ativamente das reuniões da equipe multidisciplinar atuante no berçário;
- ❖ Reconhecer as rotinas organograma e normas da unidade do berçário;

Avaliação:

O objetivo será alcançado se:

- ❖ Houver aceitação do projeto por parte da equipe multidisciplinar do berçário;
- ❖ For estabelecida uma interação com toda a equipe;
- ❖ Conhecermos as normas e rotinas da unidade e nos instrumentarmos para o desenvolvimento do estágio.

Objetivo 2 -

Ampliar e atualizar conhecimentos sobre recém nascidos bem como as diversas malformações das quais são portadores.

Estratégias:

- ❖ Realizar revisão literária contínua sobre as malformações de maior demanda na unidade do berçário;
- ❖ Participar de possíveis eventos, treinamentos e/ou reuniões que contribuam para o crescimento profissional;
- ❖ Participar de visitas médicas e discussões da equipe quando se tratar de RNs com malformações.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se:

- ❖ Obter aperfeiçoamento profissional, que será observado através do domínio cognitivo e técnico relacionado à malformações;
- ❖ Houver a participação em eventos/treinamentos e/ou reuniões;
- ❖ Participarmos ativamente de atividades juntamente com a equipe médica e de enfermagem, durante todo o decorrer da prática assistencial.

Objetivo 3 -

Desenvolver o processo de enfermagem ao RN e sua família com base na metodologia assistencial proposta por Roy.

Estratégias:

- ❖ Desenvolver cuidados com o RN;
- ❖ Acompanhar e efetuar diariamente passagem de plantão;
- ❖ Coletar dados, avaliá-los, implementá-los e auxiliar o processo de acordo com a metodologia proposta pelas acadêmicas (RN e família);
- ❖ Buscar e trocar informações sobre o RN com a equipe multidisciplinar bem como com a família;
- ❖ Relacionar a prática à teoria e a teoria à prática, de modo ininterrupto.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se:

- ❖ Identificarmos as principais necessidades do RN e da família;

- ❖ Intervirmos ativamente na prestação dos cuidados, buscando a promoção da adaptação do RN e da família;
- ❖ Implementarmos e avaliarmos os cuidados de acordo com a Metodologia Assistencial proposta;
- ❖ Reconhecermos, no RN e na família, reações de enfrentamento que revelem comportamentos adaptativos.

Objetivo 4 -

Favorecer a participação dos pais nos cuidados com o recém-nascido, orientando-os na compreensão da situação a ser enfrentada e auxiliando-as na formação do vínculo.

Estratégias:

- ❖ Reconhecer o nível de conhecimento dos pais acerca do problema do seu filho;
- ❖ Induzir os pais a questionarem sobre suas dúvidas atuais, ou potenciais;
- ❖ Fornecer folders explicativos acerca dos cuidados com o RN;
- ❖ Demonstrar cuidados de enfermagem com RN, introduzindo gradualmente os pais nos cuidados;
- ❖ Favorecer aleitamento materno quando possível.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se:

- ❖ Houver questionamento por parte dos pais;
- ❖ Conseguirmos solucionar os questionamentos;
- ❖ Conseguirem entender o problema do seu filho, o que poderá ser observado através da relação que mantiverem com o mesmo e com os outros integrantes da família;
- ❖ Os pais participarem ativamente dos cuidados prestados ao RN;
- ❖ Houver aleitamento materno sob livre demanda, sempre que houver indicação;
- ❖ Houver a produção de folders ou instrumentos similares, que favoreçam a cognição da família.

Objetivo 5 -

Promover a adaptação dos pais que vivenciam o impacto de receber um RN portador de malformação.

Estratégias:

- ❖ Incentivar contato físico entre o RN e seus familiares através do toque, colo, amamentação e prestação de cuidados;
- ❖ Questionar sobre os sentimentos que a família tem em relação ao RN malformado;
- ❖ Observar como se dá a interação entre pai/mãe e pais com este tipo de RN;
- ❖ Demonstrar através de figuras “o antes e o depois” nos casos em que a malformação pode ser corrigida cirurgicamente;
- ❖ Oferecer apoio psicológico aos pais do RN.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se:

- ❖ Houver, mesmo que gradualmente, a adaptação dos pais ao RN. Esta adaptação será observada quando houver manifestação dos mesmos de se aproximarem do RN, tocarem, afagarem ou demonstrarem qualquer comportamento de carinho e afeto;
- ❖ Conseguirmos eleger figuras que sejam compatíveis com os resultados esperados do RN, após a cirurgia.

Objetivo 6 -

Identificar necessidades de atualização técnica e formação humanística da equipe de enfermagem, relacionadas aos cuidados prestados ao RN malformado no berçário e buscar soluções conjuntas.

Estratégias:

- ❖ Observar estrutura, funcionamento do berçário e cuidados prestados;
- ❖ Revisar literatura sobre funcionamento de berçários, incluindo assistência de enfermagem;
- ❖ Discutir com a equipe de enfermagem, através de contatos informais e reuniões, sobre formas de trabalho buscando soluções conjuntas;
- ❖ Orientar equipe de enfermagem sobre os cuidados com RNs malformados de acordo com a necessidade.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se:

- ❖ Houver interação com a equipe através de busca de sugestões e mudança na área de formação técnica e humanística;
- ❖ A equipe verbalizar desejos de mudanças ou aperfeiçoamento relacionados com o processo de cuidar de RN portador de malformação;
- ❖ Houver melhoria na prestação de cuidados com o RN.

Observação: As estratégias serão implementadas pelas acadêmicas de enfermagem, em conjunto, promovendo um processo de compartilhar responsabilidades.

6 DIMENSÃO ÉTICA

Nossas preocupações éticas iniciaram ainda durante o delineamento do projeto, pois acreditamos que durante este período o autor clarifica e torna público os seus valores em relação a vida e a profissão. Seguem algumas questões éticas as quais julgamos importantes no desenvolvimento da prática assistencial, são elas:

- ❖ Assegurar o aspecto facultativo das pessoas que participam da prática assistencial;
- ❖ Deixar claro o tema, objetivos e modo de participação de cada pessoa logo no primeiro contato com as mesmas;
- ❖ Obter consentimento das pessoas para participação da prática assistencial;
- ❖ Programar atividades de maneira conjunta;
- ❖ Garantir anonimato e sigilo na identidade de todas as pessoas, usando nomes fictícios;
- ❖ Assegurar qualquer informação em qualquer momento da prática assistencial;
- ❖ Discutir e refletir com as pessoas sobre qualquer material escrito, para que as informações sejam as mais fidedígnas possíveis;
- ❖ Utilizar máquina fotográfica somente com a autorização das pessoas, sendo que sua utilização estará sujeita a aprovação das mesmas após a revelação (Monticelli, 1993).

7 CRONOGRAMA

	OUTUBRO	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab
		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		T												
Apresentação da disciplina														
Elaboração do Projeto		M	I	I	I	M			M	T		T		
Encontro com Orientadora				T	T				T		T	T		
Encontro com Supervisora		T							M		T			

- Legenda
- M – manhã (7:00 às 13:00 horas)
 - T – tarde (13:00 às 17:30 horas)
 - I – integral (7:00 às 17:30 horas)
 - N – noite (20:00 às 22:00 horas)

NOVEMBRO	D o m	S e g	S e g	T e r	Q u a	Q u i	S e x	S a b	S a b	D o m	S e g	S e g	T e r	Q u a	Q u i	S e x	S a b	S a b	D o m	S e g	S e g	T e r	Q u a	Q u i	S e x	S a b	S a b	D o m	S e g	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Entrega do projeto à banca			T																											
Discussão d projeto com a banca					T																									
Apresentação do projeto						T																								
Início do estágio no HIJG.									M																					
Apresentação das acadêmicas à equipe do HIJG.									M																					
Apresentação do projeto à equipe do HIJG.									M																					
Desenvolvimento da prática assistencial										M	I					I	M	M	M	M		I	M	M	M	M			I	
Revisão literária									X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	
XIX Semana científica do HIJG.											N	I	I																	
IV Semana científica da divisão de pediatria do HU/UFSC.																														
Elaboração de folders explicativos																							T							
Encontro c/ orientadora																				T										
Encontro: supervisora, orientadora e acadêmicas										T												T								
Encontro acadêmicas										T														T						

Legenda
 M – manhã (7:00 às 13:00 horas)
 T – tarde (13:00 às 17:30 horas)
 I – integral (7:00 às 17:30 horas)
 N – noite (20:00 às 22:00 horas)

DEZEMBRO	Ter	Q u a	Q ui	S ex	S a b	D o m	S eg	T er	Q u a	Q ui	S ex	S a b	D o m	S eg	T er	Q u a	Q ui	S ex
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Desenvolvimento da prática assistencial	M	M	M	M			I	M	M	M	M			I	M	M	M	M
Encontro orientadora			T														T	
Encontro: supervisora, orientadora e acadêmicas							T											
Encontro acadêmicas			T						T								T	
Avaliação do estágio com a equipe do HJG.																	M	
Encerramento do estágio																		M

Legenda Legenda
 M – manhã (7:00 às 13:00 horas)
 T – tarde (13:00 às 17:30 horas)
 I – integral (7:00 às 17:30 horas)
 N – noite (20:00 às 22:00 horas)

Apêndice 3 – Instrumento para realização do diagnóstico, plano e implementação e evolução (elaboração pelas acadêmicas de enfermagem).

Modos adaptativos	Diagnóstico	Plano e Implementação	Evolução
1 – Função fisiológica			
2 – Função de desempenho de papel			
3 – Função de autoconceito			
4 – Função de interdependência			

8 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Serão apresentados neste capítulo os objetivos propostos, bem como a busca para o desenvolvimento dos mesmos, através da discussão e análise das estratégias, além da avaliação de cada um deles.

8.1 Objetivo nº 1

⇒ Reconhecer o funcionamento e a organização da unidade do berçário do H.I.J.G., interagindo com a equipe multidisciplinar.

8.1.1 O inserir e interagir com a equipe multidisciplinar:

O contato inicial com a equipe de enfermagem do berçário do HIJG deu-se durante a realização do estágio extracurricular realizado no mesmo ano, enquanto ainda definíamos a área de pediatria em que iríamos desenvolver nosso projeto assistencial da VIIIª fase curricular. Porém, como já haviam decorrido alguns meses até iniciarmos o novo contato com a equipe, tivemos que nos apresentar novamente, já que algumas das funcionárias não recordavam com clareza de nossa proposta de estudo e trabalho acadêmico.

Apresentamos nosso projeto assistencial por 3 dias consecutivos devido mudanças de plantão, de modo informal, mostrando-nos disponíveis em responder questionamentos, fazendo-os e aceitando comentários e sugestões. A equipe mostrou-se entusiasmada com nossa proposta de trabalho: “Acho ótimo vocês trabalharem com as famílias dos bebês malformados, pois são pessoas que precisam muito e muitas vezes não recebem a atenção que merecem por falta de tempo” (Funcionária N.)

Fizemos nossa apresentação pessoal e apresentamos também o projeto à equipe médica e à fonoaudióloga atuantes no berçário. Todos aceitaram sem problemas nossa atuação na unidade.

Desde o primeiro dia do estágio já iniciamos o auxílio às funcionárias nos cuidados com RNs, o que nos possibilitou o conhecimento da população-alvo do nosso projeto e o início de uma favorável interação com toda a equipe.

8.1.2 O atuar na unidade do berçário:

Inicialmente, acompanhando os passos das funcionárias, e logo em seguida auxiliando-as, começamos a reconhecer o organograma, as normas e as rotinas da unidade. Com o passar do tempo já tínhamos incorporado a organização e o funcionamento do local de estágio. Ao chegarmos na unidade, recebíamos a passagem de plantão, acompanhávamos os pacientes que necessitavam de exames de RX e ultrassom, observávamos o que seria necessário pedir ao centro de materiais, preparávamos os banhos dos RNs, realizávamos os procedimentos técnicos necessários e participávamos dos afazeres previamente agendados para aquele dia (limpeza de salas, berços, posto de enfermagem, confecção de talas, entre outros).

Muitas vezes participamos de reuniões multidisciplinares, que acontecem diariamente, onde participam dois residentes “R1” e “R2”, o “staff” e a enfermeira da unidade. Durante as reuniões toda a equipe mostrou-se aberta a nossas sugestões e comentários e em todas as reuniões, sem exceção pudemos notar que nosso conhecimento não é tão inferior ao da equipe quanto imaginávamos, pois tudo o que foi comentado era de nosso entendimento e isso nos fez sentirmos aliviadas. Pudemos ainda perceber a importância da presença da enfermeira durante as discussões, a qual ao nosso ver era quem

mais contribuía, pois tinha uma visão geral de toda a unidade, conhecendo todos os pacientes e seus familiares e estando ao par de todas as intercorrências que aconteciam durante o dia.

A reunião acontecia da seguinte forma: inicialmente eram discutidos todos os casos clínicos através de pesquisas no prontuário, acrescida da vivência dos profissionais que atuavam na unidade. Logo após realizávamos visitas a todos os pacientes, discutindo sobre certos cuidados e aproveitando a oportunidade para dar orientações aos familiares.

Avaliação do objetivo nº 1:

Apesar de não termos conseguido reunir toda a equipe atuante no berçário para nos apresentarmos e apresentarmos nosso projeto de maneira formal, consideramos que todos os integrantes, cientes de nossos objetivos, contribuíram direta ou indiretamente para o sucesso do desenvolvimento do nosso trabalho.

No início, não imaginávamos que a interação com a equipe de enfermagem seria tão satisfatória. Entendemos que a chegada de duas pessoas estranhas em um ambiente que parecia tão familiar, poderia causar certa resistência por parte daquele “ninho” que já estava pronto há anos. Foi quando no terceiro dia, enquanto nos apresentávamos depois de ter reunido as três funcionárias do plantão, uma delas retirou-se no meio da conversa parecendo estar incomodada com nossa presença, até que, enquanto realizávamos o banho num RN, a mesma nos interrompeu, indagando:

— Ah! Vocês trabalham!?

A partir daí mostrou-se simpática e aberta conosco.

Mais tarde conversamos sobre o ocorrido e chegamos ao consenso de que esta não teria sido a primeira nem a última vez em que encontrávamos resistência num campo de estágio, pensamos que um grande mito permeia os funcionários sobre os estagiários: o de atrapalhar a rotina da unidade, não servindo de ajuda nos afazeres, apenas observando e criticando as falhas.

Em poucos dias já fazíamos parte daquela família: participávamos do lanche, almoçávamos juntas e tudo o que ocorria era discutido, assim como aceitavam nossos comentários e sugestões..

Nossas vidas começaram a girar em torno daquele estágio, que em pouco tempo sem percebermos tinha chegado ao fim. Nos despedimos felizes, é claro, pois mais uma etapa tinha sido vencida, mas ao mesmo tempo nos emocionamos e ficamos tristes em termos que nos despedir de quem já havíamos nos apegado tanto.



Foto 1 - Acadêmicas de enfermagem juntamente com parte da equipe do berçário do H.I.J.G.

Fomos incentivadas pela equipe a continuar desenvolvendo atividades profissionais nesta área e tivemos oportunidade de ratificar nosso entendimento de que aspectos éticos de um projeto como este, devem ser levados em consideração não apenas ao iniciar e finalizar o trabalho, mas deve permear todas as atividades e relações humanas no dia-a-dia do trabalho.

Não podemos esquecer da equipe médica e da fonoaudióloga, que apesar de não termos tido um contato tão estreito quanto com a equipe de enfermagem, mantivemos uma boa relação, trocando experiências, e não sofremos resistência para atuar dentro da unidade.

Desta forma, consideramos que as estratégias desenhadas para o alcance deste objetivo foram procedentes e contribuíram para que o objetivo fosse plenamente alcançado.

8.2 Objetivo nº 2

⇒ Ampliar e atualizar conhecimentos sobre recém-nascidos bem como as diversas malformações das quais são portadores.

8.2.1 O dar continuidade a revisão de literatura:

Antes de dar início ao desenvolvimento da revisão de literatura do projeto assistencial, fomos em busca das malformações que tiveram maior ocorrência no período de janeiro a julho de 98 no berçário do H.I.J.G. Como não haviam dados estatísticos registrados no S.A.M.E., com o auxílio da enfermeira da unidade, assinalamos as malformações mais frequentes através do livro de registros. De acordo com este documento, as maiores ocorrências foram: Mielomeningocele, Hidrocefalia, Gastrosquise, Imperfuração anal, Atresia de esôfago e duodeno.

Porém, ao iniciarmos a prática assistencial nos deparamos com alguns RNs portadores de outras malformações como: Extrofia de bexiga, Teratoma sacrocóccigeo, Síndrome de Edwards e Síndrome da brida amniótica.

Começou então, nossa “árdua” busca por literaturas com tais temas. Dissemos “árdua” porque encontramos sérias dificuldades em acessá-las e quando isto foi possível foram em poucos exemplares, porém estes foram obtidos com auxílio da enfermeira da unidade, da médica geneticista e residentes. Além de encontrá-las em número reduzido, nos deparamos com alguma bibliografia escrita na língua inglesa, a qual foi traduzida por nossa orientadora. O resultado de nossos estudos acerca das patologias que apareceram na prática, encontram-se incluídas, neste relatório, no capítulo referente ao “Suporte Teórico”.

Este processo nos revelou o quanto nossas Bibliotecas Públicas ainda mostram-se carentes de recursos desta natureza, além de demonstrar que a enfermagem não tem, de modo sistemático, realizado estudos nesta área.

8.2.2 O participar de eventos/treinamentos:

Antes de iniciarmos a VIIIª fase curricular, quando já havíamos optado pelo tema do projeto assistencial, decidimos participar do IIIº Encontro de Enfermagem Neonatológica realizado no estado de São Paulo, capital, no período de 08 a 10 de setembro de 1998, incluindo pré-cursos no dia 07.

Consideramos o congresso excelente para nosso aprendizado, acrescentando muito ao nosso futuro estágio e futura carreira profissional. O que mais chamou nossa atenção foram as atualizações em cuidados de enfermagem aos RNs internados em UTIs neonatais, porém a falta de recursos financeiros do H.I.J.G. não nos possibilitou colocá-las em prática durante o desenvolver do estágio. Mas estamos certos de que sensibilizamos a equipe para elaboração de planos futuros.

Durante o decorrer do congresso aproveitamos a oportunidade cedida por uma ex-aluna de enfermagem da UFSC, agora enfermeira do berçário do Hospital São Paulo, por intermédio de nossa orientadora de visitarmos seu ambiente de trabalho.

Trata-se de um hospital universitário vinculado a Escola Paulista de Medicina.

Chamou-nos atenção a localização do berçário em frente ao Centro Obstétrico e ao lado do Alojamento Conjunto, facilitando assim o acesso dos pacientes.

O berçário é composto por 4 salas: A, B, C e D assim denominadas, sendo que A e B funcionam como UTIs neonatais, com capacidade para 7 incubadoras em cada uma delas, onde são atendidos pacientes de alto risco. A sala C esta destinada a pacientes que necessitam de cuidados intermediários e a D aloja RNs que necessitem de cuidados mínimos após o nascimento, aguardando as primeiras 6 horas de vida que se transcorrem sem anormalidades são encaminhados ao Alojamento Conjunto.

Um dos pontos que gostaríamos de salientar é a disposição das salas lateralizadas 2 a 2 com o posto de enfermagem centralizado sendo que todas as salas possuem amplos visores de vidro, permitindo a toda a equipe manter um bom controle de todos os pacientes que ali se encontram.

Além deste, gostaríamos de ressaltar o fato de que dentro do berçário há um computador a que enfermeiros e médicos tem acesso a dados como: diagnóstico,

prescrições médicas e de enfermagem, entre outros, o que difere muito de toda a realidade vista por nós até então.

Ainda no mesmo período tivemos a oportunidade de visitar a Associação Cruz Verde por localizar-se próxima ao nosso local de estadia. Trata-se de uma associação filantrópica, fundada há mais de 50 anos, destinada a pacientes portadores de paralisia cerebral. Esta tem capacidade para 213 leitos, divididos em 31 enfermarias, com uma equipe multidisciplinar completa.

Segundo a enfermeira que nos atendeu simpática e gentilmente o quadro de funcionários é disposto da seguinte maneira: 40 funcionários de enfermagem e 1 enfermeira no turno da manhã, 30 funcionários e 1 enfermeira à tarde e 20 funcionários e 1 enfermeira à noite. Ao visitarmos as dependências da associação vários pontos nos chamaram a atenção como:

- todos os pacientes são internados em caráter permanente, independente de seus estados gerais e podem ser visitados pelos pais somente duas vezes por semana.
- a aparência física da associação era das melhores possíveis, com uma decoração receptiva e atraente, além do que todos os pacientes e leitos aparentavam ser extremamente limpos e bem cuidados.
- dentre os pacientes internados pudemos notar a presença de portadores das seguintes malformações: Borda amniótica, Fenda palatina, Hidrocefalia e Síndrome de West.

Já tendo dado início ao estágio de desenvolvimento do projeto, pudemos participar da XIX Semana Científica do HIJG e IV Semana Científica da Divisão de Pediatria do HU/UFSC no período de 11 a 13 de novembro de 1998, tendo o seguinte tema: Novas Abordagens em Pediatria. Consideramos que o evento não nos acrescentou tanto quanto esperávamos, pois foi mais direcionado à equipe médica. Apesar disto, pudemos observar a preocupação da equipe médica no que diz respeito à humanização na assistência aos pacientes. Além de citarem a importância do atendimento multiprofissional e interdisciplinar. As citações deste temas fizeram nos refletir que, se pensarmos da mesma maneira (médicos e enfermeiros), basta agirmos para que estes fatos se concretizem, pois assim haverá grande melhoria na assistência.

Quanto aos treinamentos, participamos a partir do 1º dia do estágio de três deles: dois chamados “Curso de Reciclagem em Procedimentos”, realizado quinzenalmente a

todos os funcionários do hospital (técnicos e auxiliares de enfermagem) ministrados por uma enfermeira também do hospital com os seguintes temas: Rotina de pré e pós operatório em: colostomia, apendicectomia, palatoplastia e lábio leporino e Cuidados nos pós - operatório com extrofia de bexiga, hipospadia, criptorquidia, amigdalectomia e adenoidectomia respectivamente.

Consideramos que ambos foram proveitosos, apesar do curto período de tempo e da superficialidade dos temas, acrescentou muito sobre alguns cuidados que estávamos vivenciando na prática (cuidados com extrofia de bexiga).

O terceiro treinamento no qual participamos, chamava-se “Reunião Científica”, ministrada por uma enfermeira do hospital para as demais do mesmo, de ocorrência mensal, com o objetivo de atualização em procedimentos segundo a vivência de cada ambiente de trabalho (unidades de internação). O tema discutido foi o de oxigenoterapia, o qual achamos proveitoso, podendo participar ativamente dos debates, atualizar procedimentos e solucionar algumas dúvidas.

8.2.3 O participar de visitas médicas e discussões:

Além da participação de visitas com a equipe multidisciplinar (enfermeira e médico) como de rotina, participamos de uma visita médica a um RN com malformação onde foi confirmado o diagnóstico médico e realizadas orientações à mãe. Depois disto, discutimos com o médico e o “Staff” sobre o prognóstico do bebê.

Ainda assistimos duas visitas a RNs também malformados, realizadas pela médica geneticista do hospital, a qual orientou uma mãe e a nós acadêmicas de uma forma a qual julgamos extraordinária por demonstrar tanta sensibilidade e calma em se tratando de assuntos tão delicados. Portanto, aprendemos também com os exemplos de profissionais que se mostraram sensíveis e comprometidos com a abordagem técnica, psicológica e social requerida na assistência a recém-nascidos portadores de malformações e suas famílias.

Avaliação do objetivo nº 2.

Durante o estágio, pensamos ter alcançado um grande aperfeiçoamento profissional e, apesar de não considerarmos ter obtido domínio cognitivo e técnico plenos, julgamos tê-lo alcançado de forma suficiente para o desenvolver de nossa prática, pois nos sentimos instrumentalizadas para o processo de cuidar.

Pudemos participar de alguns eventos, treinamentos e reuniões realizados na área de neonatologia durante o curto período de tempo aproveitando-os de forma positiva. Participamos ainda de todas as atividades realizadas pela equipe multidisciplinar relacionada aos neonatos malformados sob nossos cuidados.

Por todas estas considerações julgamos ter alcançado o objetivo 2 plenamente.

8.3 Objetivo nº 3

⇒ Desenvolver o processo de enfermagem ao RN e sua família, com base na metodologia assistencial proposta por Roy.

8.3.1 O início do cuidado com recém-nascidos portadores de malformações:

Inicialmente conhecemos todos os bebês internados no berçário para então tentarmos delimitar nossa população-alvo, a partir da proposta elaborada no projeto.

Decidimos começar com um RN portador de mielomeningocele e hidrocefalia, cuja família já não o visitava há dez dias. Segundo a equipe de enfermagem, a previsão de alta era para breve e a mãe ainda não estava orientada quanto aos cuidados de seu filho.

Também optamos por assistir outro bebê, portador de extrofia de bexiga, por percebermos que a mãe expressava e demonstrava dificuldades no manejo e aceitação do recém-nascido.

A partir desta escolha feita no primeiro dia de estágio, solicitamos consentimento à mãe que estava presente, para desenvolver nosso trabalho, após termos explicado nossos objetivos e o modo como seria feito.

A princípio pensamos em prestar cuidados apenas aos RNs que havíamos “escolhido” para o desenvolvimento do processo, porém notamos que, na prática, isso era praticamente impossível pois de uma forma ou de outra, a prática revelava-se ainda como um “celeiro fértil” para o exercício de habilidades técnicas e humanísticas. Além da necessidade de auxílio por parte de algumas mães, tínhamos “sede” de aprender e vontade de “abraçar” tudo. É claro que não poderíamos cuidar de toda a unidade, mas na medida do possível e de acordo não só com necessidades técnicas, mas humanas, procurávamos afagar aqueles seres pequeninos que com um simples toque mostravam-nos o quanto este tinha sido importante para eles, principalmente aqueles que não estavam acompanhados por suas famílias.

Na primeira semana de estágio cuidamos sistematicamente de apenas dois recém-nascidos e auxiliamos a equipe de enfermagem no desenvolvimento de técnicas e/ou procedimentos com todos os recém-nascidos da unidade.

Durante este tempo, várias vezes as mães presentes solicitavam nossa assistência e demonstravam explicitamente o desejo de participarem do trabalho e de serem acompanhadas na busca incessante da adaptação à nova e estressante situação de vida.

Inicialmente, como é próprio daqueles que se iniciam em trabalhos desta natureza, nos sentimos um pouco receosas e inseguras. A caminhada para a prestação de cuidados mais complexos aos RNs nos parecia obscura e complexa. Aqueles seres tão pequeninos, todos “molinhos”, com aquelas veias e artérias que nos pareciam “fios de cabelo”, nos deixavam assustadas, com medo de machucá-los. Porém, aos poucos, conseguíamos vencer o medo e podíamos notar que todos aqueles procedimentos invasivos e dolorosos eram para o bem daquela criança, agora não fazíamos por “obrigação”, mas com vontade de ajudá-los. Nas últimas semanas o que parecia um sonho tinha virado realidade, atuávamos sozinhas sem necessitar de auxílio direto da equipe. Estávamos atuando como “enfermeiras”.

Além dos processos de enfermagem aplicados aos recém-nascidos, durante o decorrer do estágio desenvolvemos procedimentos como: punções venosas e arteriais, gasometrias, banho de leite e imersão, cateterismo vesical, aspiração naso e orogástrica, sondagem nasogástrica e nasoenteral, retirada de pontos, clister evacuador, tamponamento, preparo e administração de medicações, fluidoterapia, administração de nutrição parenteral, higiene oral, curativos, dentre outros. As técnicas realizadas, bem como a quantidade

executada durante o período de prática assistencial, encontram-se documentadas no apêndice 4.



Foto 2 - Acadêmica realizando procedimento de enfermagem a um RN internado no berçário.

8.3.2 O trocar informações acerca do RN:

No início da manhã recebíamos as informações sobre os RNs através de visitas a cada um deles, onde duas funcionárias do noturno faziam comentários sobre as formas de alimentação, estado geral e intercorrências na chamada “passagem de plantão”.

Durante o decorrer da manhã, as informações que desejávamos acerca dos RNs eram obtidas através de nossas observações, exames físicos e através dos relatos das famílias. A troca de informações com familiares sobre diagnósticos e estado geral do bebê era realizada diretamente pela a equipe multidisciplinar, durante as visitas diárias.

As orientações eram realizadas por nós acadêmicas aos familiares, de acordo com o pedido da equipe multidisciplinar ou de acordo com as necessidades que sentíamos, a partir da metodologia empregada na coleta e avaliação de dados, na implementação do plano e na evolução diária da assistência de enfermagem.

8.3.3 O desenvolver do processo de enfermagem:

Desenvolvemos o processo em enfermagem, de modo sistemático, com 7 (sete) recém-nascidos e suas famílias.

Como já tínhamos elaborado durante o projeto o instrumento para coleta de dados, pudemos dar início ao processo de enfermagem já no segundo dia de estágio, após termos escolhido dois RNs com malformações. Este processo foi feito com muito cuidado e paciência, pois nunca tinha sido realizado anteriormente com este tipo de clientela e estávamos fazendo uma experiência inovadora.

Com o passar dos dias, pudemos notar o quanto esta experiência estava sendo positiva. Na segunda semana iniciamos mais um processo de enfermagem e assim, gradualmente, fomos implementando a metodologia com outros recém-nascidos e suas famílias.

As etapas do processo proposto por Sister Callista Roy eram implementadas da seguinte forma: primeiramente a coleta de dados (avaliação de 1º nível) do RN através do exame físico do mesmo e informações do prontuário (função fisiológica). Os demais dados

só poderiam ser coletados com a presença de pelo menos um familiar através de conversas informais (funções de autoconceito, interdependência e desempenho de papel). A avaliação de 2º nível era feita no mesmo dia, após a avaliação de 1º nível, onde identificávamos os estímulos: focal, contextual e residual. A análise ininterrupta dos dados coletados no 1º e 2º nível, nos levava a elaborar nosso próprio diagnóstico (de enfermagem). Em seguida, planejávamos os cuidados a serem implementados no outro dia. No dia seguinte, depois de termos pôsto em prática planos e implementações, executávamos a evolução e novos planos e implementações surgiam para serem operacionalizados no dia vindouro.

Salientamos que todos os processos de enfermagem foram realizados com o consentimento dos familiares, aos quais assegurávamos sigilo. Para designar os recém-nascidos, utilizamos nomes fictícios, conforme pode ser observado no quadro abaixo:

Nome Fictício	Malformação apresentada	Idade de início do processo	Familiares envolvidos
1 Foquinha	Extrofia de bexiga	58 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> • mãe • pai • tia • avó
2 Urso Panda	Teratoma (tumoração sacroccígena)	17 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> • mãe • pai
3 Leão Marinho	Múltiplas malformações congênitas (Síndrome de Edwards)	11 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> • mãe • pai
4 Tigre de Bengala	Mielomeningocele + Hidrocefalia	1 dia de vida	<ul style="list-style-type: none"> • mãe
5 Elefante	Malformações múltiplas + encefalocele (Síndrome da brida amniótica)	1 dia de vida	<ul style="list-style-type: none"> • pai
6 Urso	Gastrosquise	4 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> • pai
7 Vaquinha	Mielomeningocele rota + Hidrocefalia	4 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> • mãe • pai • avós • tias

Para identificar as famílias utilizamos as iniciais de cada um deles.

Para a divulgação de fotos também obtivemos autorização verbal da família, com exceção de fotos onde os pais apareciam, quando obtivemos autorização por escrito dos mesmos (apêndice 5).

A seguir descreveremos um processo de enfermagem aplicado em um recém-nascido (“Tigre de Bengala”) e sua família, baseados na Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy.



Foto 3 - Tigre de Bengala com um dia de vida durante realização dos primeiros cuidados após internação.

Outro processo poderá ser visualizado no apêndice 6. Salientamos que os demais processos encontram-se disponíveis para consulta, nos arquivos das acadêmicas.

TIGRE DE BENGALA**Data: 02.12.98**

- Avaliação de 1º nível:

- Identificação do RN:

Nome: RN de M.G.T.S.B.

Data e hora do nascimento: 01.12.98 - 12:00horas

Tipo de parto: normal

Apgar: 1º min: 7 5º min: 9 () não consta

Idade gestacional: Capurro: — Lubchenco: — (x) não consta

Sexo: (x) M () F () não definido

Posição na família: 2º filho

Motivo da internação: Mielomeningocele e Síndrome de Down à esclarecer

Condições de chegada no berçário: () deprimido

() hiperexcitado

(x) outros: sonolento

() não observado

Peso do nascimento: 2.830g.

Filiação: Pai: J.N.S.B. Mãe: M.G.T.S.B.

Data da internação: 02.12.98 - 8:00horas

- Avaliação de 2º nível:

EF¹: RN hospitalizado

EC²: Mielomeningocele

ER³: Malformação congênita

- Identificação da família:

¹ EF: Estímulo Focal

² EC: Estímulo Contextual

³ ER: Estímulo Residual

Idade: Pai: 29 anos Mãe: 31 anos
Grupo sanguíneo: Pai: não consta Mãe: A⁺
Estado Civil: casados há 5 anos
Posição de outros membros na família: outro filho tem 3 anos e 9 meses
Endereço: Campos Novos - S.C. - sítio
Telefone:—
Profissão: Mãe: professora 1º grau Pai: agricultor
Escolaridade: Mãe: 1º grau completo Pai: 1º grau incompleto
Renda familiar: 110 reais mensais - (mãe); (900 reais/ano) proveniente da safra - (pai)
Pré-natal: 5 consultas - não realizou ultrason
Antecedentes obstétricos (mãe) - GII PII AO.

MODO FISIOLÓGICO:

PC: 33cm **PT:** 31cm **PA:** 32cm **Peso:** 2690g. **Altura:** 49cm
Teste do pezinho: ainda não realizado
Fontanelas: bregmática - 4cm
 lambdóide - 2cm
 suturas cranianas - suturas cranianas abertas.

- Avaliação de 2º nível:

EF: suturas cranianas abertas
EC: possível desenvolvimento de hidrocefalia
ER: não identificado

OXIGENAÇÃO:

FR: 40 rpm ritmo: regular
Característica da respiração: abdominal
Pele: (x) rosada () pálida () cianótica () icterícia
 () rosada com extremidades cianóticas () avermelhada
Oxigenoterapia: não se aplica

CIRCULAÇÃO:

FC: 156 bpm ritmo: rítmica

REGULAÇÃO TÉRMICA:**T = 37°C****() berço normal (x) berço aquecido () incubadora****NUTRIÇÃO/HIDRATAÇÃO:****Tipo de alimentação: () hidratação com soro****() leite materno****(x) leite industrializado****() nutrição parenteral****Volume: 30ml****Horários: 3/3horas****Forma de ingestão: () seio materno****(x) mamadeira****() sonda nasogástrica****() sonda nasoenteral****() via parenteral****Forma de sucção: boa****Pega da aréola: não se aplica****Sinais de hipo/hiperglicemia: não constatado****Glicemia capilar: não se aplica***- Avaliação de 2º nível:***EF: RN recebendo leite industrializado por mamadeira****EC: ausência materna****ER: hospitalização pós-parto da mãe****ELIMINAÇÃO:****Vesical:****(x) micção espontânea - frequência: intermitente carac: eliminação em gotas, amarelo ouro.****() catéter vesical - volume:****carac:****() coletor de urina - volume:****carac:****Intestinal:**

Frequência: \pm 6 vezes diárias

☒ mecônio ☐ fezes de transição ☐ fezes de leite

Características:

☒ pastosas: ☐ semi-líquidas ☐ líquidas ☐ endurecidas

Drenagens:

☐ resíduo gástrico por sondagem - volume e carac:

☐ vômitos - carac:

☐ regurgitação - carac:

☐ salivação excessiva:

☒ não observado externamente

- Avaliação de 2º nível:

EF: micção espontânea intermitente em gotas.

EC: provável bexiga neurogênica

ER: mielomeningocele.

I.C.M.*

- Icterícia: ☐ até 24hs de vida ☐ entre 24 - 48hs ☐ após 48hs

locais: ☐ face ☐ membros ☐ tronco ☒ não observado.

- Coto Umbilical: com coloração branco - leitoso em processo de desidratação

- Presença de: ☒ vernix caseoso ☒ lanugem ☐ cefalohematoma

☐ millium sebáceo ☐ mancha mongólica

☐ bossa serosanguinolenta ☐ descamação fisiológica

- Condições da pele: elástica, íntegra, com exceção da região lombossacra devido mielomeningocele, turgor normal.

- Presença de curativos: Sim, na mielomeningocele

Região: lombossacra

Características: sangrante, com placa neural exposta, membrana rota.

- Avaliação de 2º nível:

EF: coto umbilical branco leitoso, em processo de desidratação.

* I.C.M. - Integridade cutâneo - mucosa

EC: idade de 1 dia

ER: recém-nascido

EF: falta de integridade cutâneo - mucosa

EC: mielomeningocele

ER: hereditariedade (?) fatores ambientais (?)

I.F.**

Malformação:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> imperfuração anal | <input type="checkbox"/> gastrosquise | <input type="checkbox"/> hidrocefalia |
| <input type="checkbox"/> atresia de esôfago | <input checked="" type="checkbox"/> mielomeningocele | <input type="checkbox"/> atresia de duodeno |
| <input type="checkbox"/> outras: _____ | | |

- Avaliação de 2º nível

EF: mielomeningocele

EC: herança genética (?)

ER: não identificado

REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA:

- ☐ presença de edema - região: _____
- ☐ engurgitamento de mamas
- ☒ não observado.

REGULAÇÃO HORMONAL:

Eliminação de secreções:

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> esbranquiçada | <input type="checkbox"/> sanguinolenta | <input type="checkbox"/> outras |
|--|--|---------------------------------|

Região:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vaginal | <input type="checkbox"/> mamilar | <input checked="" type="checkbox"/> sem indicativos externos |
|----------------------------------|----------------------------------|--|

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de consciência:

- ☐ sonolento ☒ alerta ☐ torporoso ☐ comatoso ☐ outros: _____

Reflexos:

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> babinski | <input checked="" type="checkbox"/> moro | <input type="checkbox"/> sucção | <input checked="" type="checkbox"/> perioral | <input type="checkbox"/> deambulação |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|

** I.F.: integridade física

(x) preensão palmar () preensão plantar

- Avaliação de 2º nível:

EF: ausência de reflexos babinski; deambulação e preensão plantar

EC: comprometimento nervoso dos MMII.

ER: mielomeningocele em região lombossacra.

TERAPÊUTICA:

- Acesso venoso (tipo e região): scalp nº 27, na cabeça, região frontal

- Condições de massa muscular e tecido subcutâneo:

() regular (x) boa () escassa

-Medicação prescrita: ampicilina 140mg - EV - 6/6hs; gentamicina 7 mg EV - 12/12hs

- SONO e REPOUSO: RN dorme em períodos prolongados, sono estável, acordando quando estimulado.

- Avaliação de 2º nível:

EF: RN recebendo medicação EV

EC: antibioticoprofilaxia

ER: potencial para infecção

EF: potencial para infecção

EC: mielomeningocele

ER: ambiente hospitalar

MODOS ADAPTATIVOS 4ª feira 02.12.1998	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 02.12.1998 4ª feira -7:00 - 12:00hs
<p>Função Fisiológica:</p> <p>1 - RN hospitalizado</p> <p>2 - Sutures cranianas abertas</p> <p>3- Alimentação com leite industrializado via mamadeira</p> <p>4 - Micção intermitente em gotas</p> <p>5 - Coto umbilical branco leitoso em processo de desidratação</p> <p>6 - Falta de I.C.M;</p> <p>7 - Mielomeningocele</p> <p>8-Ausência de reflexos: babinski, deambulação e preensão plantar</p> <p>9- Recebimento de medicação EV</p> <p>10- Potencial para infecção</p>	<p>1- Hospitalização relacionada a mielomeningocele</p> <p>2 - Sutures cranianas abertas relacionado ao provável desenvolvimento de hidrocefalia</p> <p>3 - Alimentação industrializada relacionada a ausência da mãe</p> <p>4-Micção intermitente relacionada a provável bexiga neurogênica</p> <p>5 - Coto umbilical branco leitoso relacionado a idade recente do bebê</p> <p>6 - Falta de ICM relacionada a mielomeningocele</p> <p>7 -Mielomeningocele relacionada a herança genética e/ou fatores ambientais</p> <p>8- Ausência de reflexos relacionado a patologia</p> <p>9 - Recebimento de medicação EV relacionado a antibioticoprofilaxia</p> <p>10 - Potencial para infecção relacionada a falta de ICM.</p>	<p>1 - Realizar higiene diária/pesar o bebê/ verificar sinais vitais/ medir perímetros diariamente/ oferecer dieta prescrita</p> <p>2- Medir PC, observar características dos fontanelas e possível fechamento das suturas diariamente.</p> <p>3 - Tentar contato com a família do RN/solicitar presença da mãe/ orientar a mãe sobre a amamentação e colocação do bebê ao seio.</p> <p>4-Avaliar frequência e características da micção/ aguardar procedimento cirúrgico</p> <p>5- Realizar curativo diário com álcool a 70%</p> <p>6/7 - Realizar curativo na região lombossacra com gaze embebida em Ringer lactato, cobrir com gaze, plástico e atadura, realizando técnica asséptica/observar características da região/manter decúbito lateral ou ventral do RN</p> <p>8- Aguardar procedimento cirúrgico</p> <p>9- Administrar medicação prescrita seguindo as 5 certezas</p> <p>10- Manter RN em isolamento protetor/lavar mãos antes e após realização de procedimentos/ realizar curativo em técnica asséptica.</p>	<p>Recebemos o RN trazido por uma funcionária do hospital de Campos Novos e outra da emergência deste hospital. Colocado o bebê em berço aquecido por alguns minutos e após dado banho de aspersão. Realizado curativo em região lombossacra a qual apresentava-se com membrana roxa, placa neural exposta e sangrante. Levado o bebê ao RX para realização de RX de coluna (AP + P). Colhido sangue para exames e punccionado veia na região frontal com scalp 27 para administrar medicação (antibiótico). Realizado exame físico, verificação de sinais vitais, administrada medicação e oferecido 30 ml de dieta VO, sendo que o RN aceitou apenas 5ml.</p> <p>Apresentou moderada rouquidão e asfixia após alimentação. Foi solicitada avaliação médica, a qual prescreveu a passagem de SNG para avaliar possibilidade de atresia de esôfago. Passado sonda a qual fluiu normalmente. Instalou-se, então, leite via sonda em bomba de infusão (30ml - 3/3hs).</p>

Função de Desempenho de Papel: Ainda não identificado (Familiares ausentes)			<p>03.12.1998 quinta feira 7:00 - 17:00hs</p> <p>T=37°C FC=140bpm FR=40mpm Peso=2830g PC=33cm PT=31cm PA=32cm</p> <p>Realizados cuidados de higiene e conforto bem como curativo em região lombossacra apresentando com secreção sangrante em pequenas quantidades. Realizado ainda curativo no coto umbilical a qual já evidencia seu processo de mumificação.</p> <p>Administrado medicação EV e levado ao RX para realização de USG de crânio e vias urinárias.</p> <p>Recebido a notícia de que o RN iria para cirurgia ainda pela manhã, no entanto, por problemas organizacionais, a mesma foi transferida para à tarde do mesmo dia.</p> <p>Instalada fluidoterapia em MIE por abocath.</p> <p>Pais ainda não estão acompanhando o bebê (não vieram do interior).</p> <p>Foi observada micção espontânea em jato e não observou-se períodos de rouquidão ou asfixia.</p> <p>Retirada hipótese diagnostica se Síndrome de Down, pela equipe de saúde.</p>
Função do Autoconceito: Ainda não identificado (Familiares ausentes)			
Função de Interdependência: Ainda não identificado (Familiares ausentes)			

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICO	PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO
<p>5ª feira 03.12.1998</p> <p>Função Fisiológica:</p> <p>1 - RN hospitalizado</p> <p>2 - Sutures cranianas abertas</p> <p>3 - Alimentação com leite industrializado via mamadeira</p> <p>4 - Micção intermitente em gotas</p> <p>5 - coto umbilical branco leitoso em processo de desidratação</p> <p>6 - Falta de ICM</p> <p>7 - Mielomeningocele</p> <p>8 - Ausência de reflexos: babinski deambulação e preensão plantar</p> <p>9 - Recebimento de medicação EV</p> <p>10 - Pontecial para infecção</p>	<p>1 -</p> <p>2 -</p> <p>3 -</p> <p>4 -</p> <p>5 -</p> <p>6 -</p> <p>7 -</p> <p>8 -</p> <p>9 -</p> <p>10 -</p> <p>Continuam diagnósticos anteriores</p> <p>Recebimento de medicação EV relacionado-a antibiótico profilaxia e hidratação com soro.</p> <p>10 - Diagnóstico anterior</p>	<p>1 -</p> <p>2 -</p> <p>3 -</p> <p>4 -</p> <p>5 -</p> <p>6 -</p> <p>7 -</p> <p>8 -</p> <p>9 -</p> <p>10 -</p> <p>Manter planos anteriores</p>	<p>04.12.1998 6ª feira</p> <p>07:00 12:00hs</p> <p>T=37°C FC=140bpm FR=44mpm</p> <p>Peso:2860g PC=33cm PT=31cm PA=32cm</p> <p>Paciente realizou ontem cirurgia de correção da mielomeningocele. Esta em 1º dia de pós-operatório.</p> <p>Realizado banho no leito, curativo no coto umbilical.</p> <p>Observado curativo na região lombossacra com presença de sangue em média quantidade.</p> <p>Inicialmente manteve-se com 2 acessos venosos em MMII por abocath, sendo que no esquerdo estava instalado soro para hidratação. Mais tarde, após avaliação médica e administração de medicação prescrita, foram retirados os acessos venosos e iniciada alimentação VO por mamadeira de leite Nan 35ml de 3/3horas, aceitou toda a dieta. Apresentou-se com pálpebras edemaciadas e sonolento durante todo o período.</p>
<p>Função de Desempenho de Papel:</p> <p>Ainda não identificado (Familiares ausentes)</p>			
<p>Função do Autoconceito:</p> <p>Ainda não identificado (Familiares ausentes)</p>			
<p>Função de Interdependência:</p> <p>Ainda não identificado (Familiares ausentes)</p>			

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICO	PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 07.12.1998 7:00-17:00hs - 2ª feira
<p>Função Fisiológica: 04.12.1998 6ª feira</p> <p>1 - RN hospitalizado</p> <p>2 - Sutures cranianas abertas</p> <p>3-Alimentação com leite industrializado via mamadeira</p> <p>5 - Coto umbilical em processo de mumificação</p> <p>6 - Falta de ICM</p> <p>8 - Ausência de reflexos: babinski, deambulação e preensão plantar</p> <p>9 - Recebimento de medicação EV</p> <p>10 - Potencial para infecção</p> <p>11 - Pálpebras edemaciadas</p> <p>12 - Sonolência.</p>	<p>1 - Continuação diagnósticos anteriores</p> <p>2 - Falta de ICM, relacionado a lesão cirúrgica</p> <p>3 - Diagnóstico anterior</p> <p>5 - Recebimento de medicação EV relacionado a antibiótico profilaxia</p> <p>6 - Diagnóstico anterior</p> <p>8 - Diagnóstico anterior</p> <p>9 - Edema em região palpebral relacionado a retenção de líquidos ou provável desenvolvimento de hidrocefalia</p> <p>10 - Sonolência relacionada a recuperação pós anestésica</p>	<p>1 - Manter planos anteriores</p> <p>2 - Realizar curativo com SF e povidine no local. Observar drenagem de líquido cefalo raquidiano.</p> <p>3 - Manter planos anteriores</p> <p>5 - Realizar controle hidroeletrólítico e progressão do edema. Medir PC e observar tensão das fontanelas.</p> <p>6 - Estimular o bebê durante as mamadas/aguardar efeito anestésico</p>	<p>T=36°C FR=62rpm FC=158bpm Peso:2780g PC=33,5cm PT=31cm PA=32cm</p> <p>Recebemos a passagem de plantão e a mãe estava acompanhando o bebê. Nos apresentamos e solicitamos permissão para o desenvolvimento do trabalho e a mesma consentiu.</p> <p>Demonstramos o banho e auxiliamos nos demais cuidados. Foi realizado curativo em região lombossacra, a qual apresenta-se com um ponto sangrante. Após foi puncionado nova veia na cabeça, região frontal para administrar medicação.</p> <p>A mãe está colocando-o no seio materno, e o mesmo apresenta boa pega e sucção, sendo suspenso o leite industrializado (Nan).</p> <p>O bebê apresentou-se alerta durante o período com intervalo de sonos regulares. Não está urinando em jato. O edema palpebral está involuindo. Apresenta-se com a fontanela bregmática tensa. Realizado cateterismo vesical, demonstrado e orientado a mãe que referiu ter medo de passar a sonda. Houve a drenagem de 1ml de urina amarelo-claro.</p> <p>Após coletarmos os dados com a mãe, a mesma chorou enquanto</p>
<p>Função de Desempenho do Papel: Ainda não identificado (Familiares ausentes)</p>			
<p>Função de Autoconceito: Ainda não identificado (Familiares ausentes)</p>			
<p>Função de interdependência: Ainda não identificado (Familiares ausentes)</p>			

			<p>conversávamos.</p> <p>Foi consolada e recebeu oferta de ajuda pelas acadêmicas no que fosse preciso. Foi ainda orientada sobre a patologia, quando questionou sobre o prognóstico da doença. Foi oferecido a mãe um folheto explicativo sobre mielomeningocele para que ela pudesse ler e posteriormente conversar e questionar sobre alguma dúvida que existisse ainda.</p>
--	--	--	---

MODO DE AUTOCONCEITO (família)

DATA:07.12.1998

Respondido por: mãe do RN

∴ Qual a primeira reação ao saber que seu bebê era portador de malformação?

“Fiquei nervosa, pensando no futuro dele. Será que a gente vai poder acompanhar a vida toda? Será que vamos ter condições? Eu penso que tudo o que a gente puder fazer que tiver no nosso alcance a gente vai fazer.”

∴ A que atribui a malformação?

“Eu sei lá, não faço a mínima idéia.”

∴ Como você se sente tendo um bebê com problemas?

“O que muda é a preocupação, tem que ter mais cuidado.”

∴ O que você pensa sobre a malformação? Tem algum conhecimento anterior?

“Para mim é uma coisa que não desenvolveu, que deu errado.” “Não sei de ninguém, só do meu irmão.”

- Avaliação de 2º nível:

EF: desconhecimento sobre malformações

EC: insegurança frente ao desconhecido

ER: provável irmão com malformação.

MODO DE DESEMPENHO DO PAPEL (família)

∴ História social:

Mãe começou a trabalhar na roça com \pm 12 anos, faz 3 anos que começou a dar aula para 1º, 2º, 3º e 4º série (escola isolada).

Pai também começou a trabalhar com a mesma idade e sempre trabalhou na roça e lida com agrotóxico.

Mãe tem 1 irmão e 5 irmãs, é a 3ª mais velha, seus pais são vivos.

Pai é filho único, o pai já faleceu com um raio, faz 6 anos. Moram num sítio afastado da cidade.

∴ Situação doméstica

Mãe trabalha à tarde, de manhã faz comida e cuida da casa e da menina. A tarde a avó materna cuida. O pai trabalha o dia todo, mas vem almoçar em casa. A avó materna cuida da outra filha.

∴ Alguém na família possui uma malformação? Qual?

“Meu irmão, ele pouco raciocina e pra falar também não. Ele tem 29 anos, mas mostra 14,15. Anda mais ou menos para frente e para trás não. Ele fala um monte de palavra pela metade, daí se a gente perguntar o que ele falou daí ele embraba. Faz as necessidades sozinho, mas tomar banho a mãe tem que ajudar.”

∴ Como você reagirá, perante a sociedade o fato de ter um filho com problemas?

“Não me preocupa, quem vai cuidar sou eu.”

∴ Os sentimentos de vocês mudou em relação ao RN, por saberem que ele é portador desta malformação?

“Mudar, muda. Mas não no amor, o carinho é a mesma coisa. Que a gente pensa que não vai ter um filho que se vira por conta, tem que dar mais atenção.”

∴ Como esperam que a enfermagem contribua na situação de saúde-doença do RN?

“Ah, mais de vocês já tarem perto já tão ajudando”.

- Avaliação de 2º nível:

EF: medo de que o filho tenha o mesmo prognóstico do irmão

EC: receio de que o filho apresenta deficiência física e mental.

ER: não identificado

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA (recém-nascido e família)

∴ Relacionamento familiar:

“Meu dou bem com a família dele, que daí é só sogra.” O meu marido se dá super bem com a minha família.

∴ Relacionamento entre o casal (pais do RN):

“Melhor acho que até impossível.”

∴ Aceitação dos pais ao RN:

“O meu marido só disse que ia fazer de tudo para ele ficar bem.” A mãe mostra-se carinhosa, atenciosa e prestativa as necessidades do RN.

∴ Participação dos pais nos cuidados com o RN:

A mãe referiu ter dificuldade em dar banho no bebê. Foi, então, demonstrada a realização do banho do RN.

∴ Tempo de permanência dos pais no berçário:

“Ele vinha para cá (marido), mas é que não chovia há 2 meses e agora choveu e ele aproveitou para plantar.”

∴ Número de visitas: —

∴ Relacionamento família/equipe de enfermagem:

Mãe demonstra-se acessível à realização de cuidados por toda a equipe de enfermagem.

∴ Relacionamento família/acadêmicas de enfermagem: Mãe ainda insegura, mas demonstrando força e motivação para adaptar-se à nova situação de vida.

- Avaliação de 2º nível:

EF: mãe refere ter medo de dar banho no bebê.

EC: insegurança no manuseio

ER: quando teve seu 1º filho, sua mãe é quem cuidou nos 1ª dias.

Percepção dos sentimentos: Mãe demonstra-se bem cuidadosa com o bebê questiona acerca da doença e dos procedimentos a serem feitos. No início da conversa chorou, quando começamos a falar sobre qual sua reação ao saber que teria um bebê com problemas.

-Avaliação de 2º nível

EF: choro da mãe durante conversa com as acadêmicas.

EC: sentimentos de impotência por ter dado a luz, a um bebê com problemas

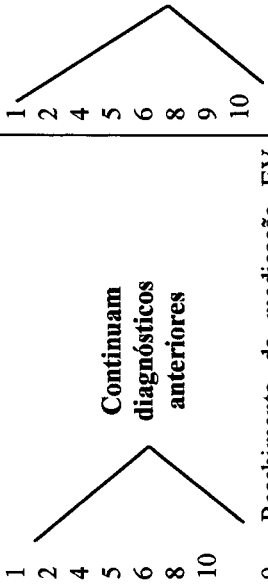
ER: evento inesperado.

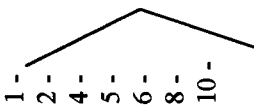
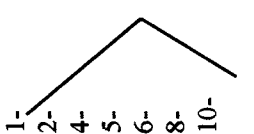
MODOS ADAPTATIVOS 07.12.1998 - 2ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 08.12.1998 7:00-12:00hs 3ª feira
<p>Função Fisiológica:</p> <p>1 - RN hospitalizado</p> <p>2 - Sutures cranianas abertas</p> <p>4 - RN urinando de forma continuada (escorrendo).</p> <p>5 - Coto umbilical em processo de mumificação</p> <p>6 - Falta de I.C.M.</p> <p>8 - Ausência de reflexos: babinski deambulação e preensão plantar.</p> <p>9 - Recebimento de medicação EV.</p> <p>10 - Potencial para infecção</p> <p>11 - Edema palpebral em processo de involução</p> <p>12 - Fontanela bregmática tensa e PC aumentado</p> <p>13 - Lesão cirúrgica da mielomeningocele com 1 ponto sangrante.</p>	<p>1 - Continuum diagnósticos anteriores</p> <p>2 - Urina contínua relacionada a provável bexiga neurogênia</p> <p>4 - Continuum diagnósticos anteriores</p> <p>5 - Aumento de PC e fontanela tensa relacionado ao provável desenvolvimento de hidrocefalia.</p> <p>13 - Ponto sangrante relacionado a não cicatrização da lesão</p>	<p>1 - Manter planos anteriores</p> <p>2 - Observar volume e frequência urinária, globo vesical/ realizar cateterismo vesical 3 vezes ao dia</p> <p>4 - Medir diariamente PC/observar tensão das fontanelas/observar edema palpebral</p> <p>13 - Observar ponto sangrantes/realizar curativo diário.</p>	<p>T=37°C FC=140bpm FR=48mpm Peso: 2850g PC=34cm PA=32cm PT=31cm</p> <p>Mãe realizou cuidados de higiene e conforto no bebê, demonstrando-se um pouco mais segura. Foi realizado curativo no coto umbilical, e na região lombossacra, a qual apresenta-se sem drenagem de secreção ou líquido e ausência de ponto sangrante.</p> <p>A mãe foi estimulada a realizar o cateterismo vesical, porém referiu que ainda não estava preparada para fazê-lo. Foi, então, realizado pelas acadêmicas e demonstrado novamente à mãe; drenou 0,5ml. O RN apresenta discreto edema palpebral.</p> <p>A mãe está amamentando em livre demanda. Permaneceu quase todo o período com o bebê no colo</p>
<p>Função de Desempenho de Papel:</p> <p>1 - Medo de que o filho tenha o prognóstico do irmão</p>	<p>1 - Irmão da mãe apresenta malformação, relacionado a herança genética</p>	<p>1 - Orientar a mãe sobre a importância de uma avaliação com geneticista</p>	<p>referindo estar "curtindo" o mesmo. Referiu ter lido o folheto explicativo sobre a mielomeningocele e não terem restado dúvidas sobre o assunto. Já</p>
<p>Função de Autoconceito:</p> <p>1 - Desconhecimento sobre malformações.</p>	<p>1 - Desconhecimento da mãe relacionado a falta de oportunidade de informação.</p>	<p>1 - Orientar a mãe acerca da patologia do bebê/mostrar-se disponível a responder seus questionamentos.</p>	<p>Que tudo tinha sido explicado anteriormente pelas acadêmicas, e que apenas gostaria de saber como a válvula permaneceria na cabeça do RN.</p> <p>Levamos a mãe, então, a unidade</p>

<p>Função de Interdependência:</p> <p>1 - Insegurança em manusear o recém-nascido</p> <p>2 - Sentimento de impotência frente à nova situação de vida</p> <p>3 - Mãe refere ter medo de passar a sonda no bebê</p>	<p>½ - Sentimentos de insegurança relacionados à inabilidade para enfrentamento da situação.</p> <p>3 - Medo relacionado a falta de experiência.</p>	<p>½ - Manter atitudes compromissadas junto à mãe do RN. Mostrar sentimentos positivos e incentivá-la a auxiliar no desenvolvimento das técnicas com o recém-nascido.</p> <p>3 - Demonstrar e auxiliar a mãe na técnica de sondagem vesical/estimular a mãe a realizar a técnica com o auxílio das acadêmicas até que sinta-se segura para realizá-la sozinha.</p>	<p>E (neurológica) e após permissão da enfermeira da unidade, a mãe pôde ver uma criança com válvula de derivação. A mãe colocou a mão na cabeça e referiu que achava que era diferente, pior e que agora tinha ficado mais aliviada. Questionou quanto ao quadro neurológico futuro da criança e foi orientada que só o tempo poderá dizer, mas que a equipe estará atenta e atuando para que não haja nenhuma seqüela. A mãe disse ainda que fará tudo o que estiver em seu alcance para que o filho não sofra, e para que fique bom.</p> <p>A médica avisou que a cirurgia da derivação será feita provavelmente até o final da semana.</p>
<p>MODOS ADAPTATIVOS</p> <p>08.12.1998 - 3ª feira</p> <p>Função Fisiológica:</p> <p>1- RN hospitalizado</p> <p>2- Suturas cranianas abertas</p> <p>4-RN urinando de forma continuada (escorrendo)</p> <p>5- Coto umbilical em processo de mumificação</p> <p>6- Falta de ICM</p> <p>8- Ausência de reflexos</p> <p>9- Recebimento de medicação EV</p> <p>10- Potencial para infecção</p> <p>11- Edema palpebral envolvendo</p> <p>12- Fontanela bregmática tensa e PC aumentando</p>	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>1- 2- 4- 5- 6- 8- 9- 10- 11- 12-</p> <p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	<p>PLANO E IMPLEMENTAÇÃO</p> <p>1- 2- 4- 5- 6- 8- 9- 10- 11- 12-</p> <p>Manter planos anteriores</p>	<p>EVOLUÇÃO - 09.12.1998</p> <p>7:00 - 12:00hs 4ª feira</p> <p>T=37°C FC=140bpm FR= 44mpm</p> <p>Peso: 2890g PC= 34,5cm PT=31cm PA=32cm</p> <p>Cateterismo=6ml</p> <p>Mãe realizou cuidados de higiene e conforto no bebê mostrando-se segura. Foi realizado curativo no coto umbilical e na lesão cirúrgica, a qual apresenta-se sem secreções ou pontos sangrantes. Realizado cateterismo pela mãe com auxílio das acadêmicas.</p> <p>A mãe mostrou-se ainda despreparada. Observou-se involução completa do edema palpebral, no entanto, os olhos do RN ganharam</p>

Função de Desempenho de Papel: 1- Medo de que o filho tenha o prognóstico do irmão	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter plano anterior	aspecto de “sol poente”. O bebê continua sendo amamentado pela mãe sobre livre demanda. Segundo a médica a cirurgia está marcada para amanhã de manhã. A mãe referiu estar nervosa e chorou. Foi consolada e confortada pelas acadêmicas, referindo ter fé em Deus que tudo dará certo. Foi orientada sobre a equipe médica que fará a cirurgia, sobre a duração da mesma e a aparência do bebê após a cirurgia.
Função de Autoconceito: Não identificado			
Função de Interdependência: 2- Sentimento de impotência frente a nova situação de vida 3- Despreparo da mãe para realização de cateterismo vesical	2- Continua diagnóstico anterior 3- Despreparo relacionado a falta de experiência	2- > 3- Manter planos anteriores	
MÓDOS ADAPTATIVOS 09.12.1998 4ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 10.12.1998 07:00-12:00hs 5ª feira
Função Fisiológica: 1- RN hospitalizado 2- Suturas cranianas abertas 4- RN urinando em forma continuada 5- Coto umbilical em processo de mumificação 6- Falta de ICM 8- Ausência de reflexos 9- Recebimento de medicação EV 10- Potencial para infecção 12- PC aumentando diariamente, fontanela bregmática abaulada e tensa e olhos em “sol poente”. 13- Preparo para cirurgia (pré e pós operatório)	1- 2- 4- 5- 6- 8- 9- 10- 12- Aumento do PC, olhos em “sol poente” e fontanela bregmática abaulada e tensa relacionado a hidrocefalia. 13- Cirurgia relacionada a necessidade de correção da hidrocefalia	1- 2- 4- 5- 6- 8- 9- 10- 12- 13- Realizar cuidados nos pós-operatórios: - posicionar a criança sobre o lado não operado - manter a criança em posição horizontal - realizar mudança de decúbito de 2/2 horas	T=38,8°C FC=140bpm FR=36mpm Peso: 2920g Recebemos a passagem de plantão com o RN em fluido terapia para hidratação e antibioticoprofilaxia e já haviam sido realizados cuidados pré operatórios: banho, curativo e peso corporal. Realizada anti-sepsia da região cefálica com povidine tópico, coberta com chumaço estéril. Às 8:00 horas acompanhamos a mãe e o RN até o C.C. para realização da cirurgia. Como não houve intercorrências a mãe pôde voltar a ver o bebê às 11 horas na sala de recuperação. Quanto M. nos viu na entrada da

			<ul style="list-style-type: none">- observar sinais de infecção/hipertensão intracraniana.- manter cuidados com "shunts" e sítios de cirurgia- observar e avaliar nível de consciência- monitorar SV e reações pupilares- avaliar a drenagem de líquido (nível de consciência, abaulamento de fontanelas)	<p>sala abraçou-nos e sorriu, chorou e agradeceu muito.</p> <p>O bebê voltou para o berçário às 12hs, cotinuuu recebendo hidratação e antibiótico profilaxia.</p> <p>A mãe foi orientada sobre a indicação medicamentosa.</p>
Função de Desempenho de Papel:	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter planos anteriores		
Função de Autoconceito:				
Função de Interdependência:				
Função de Interdependência:	2- Choro da mãe relacionado ao medo da cirurgia	2- Confortar e consolar a mãe/mostrar-se disponível para que a mãe desabafe suas angústias e medos.		
Função de Interdependência:	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior.		
MODOS ADAPTATIVOS 10.12.1998 - 5ª feira	DIAGNOSTICOS	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 11.12.1998 7:00 - 12:00hs 6ª feira	
Função Fisiológica:				
1 - RN hospitalizado	1	1		
2 - Sutures cranianas abertas	2	2		
4 - RN urinando em forma continuada	4	4		
5 - Coto umbilical em processo de mumificação	5	5		
6 - Falta de ICM	6	6		
8 - Ausência de reflexos	8	8		
9 - Recebimento de medicações EV	9	9		
10 - Potencial para infecção	10	10		
	<p>Diagrama de Manter planos anteriores: Um triângulo com vértices no topo e na base. O topo está conectado ao vértice superior esquerdo e ao vértice superior direito. A base está conectada ao vértice inferior esquerdo e ao vértice inferior direito. O triângulo está dividido por uma linha vertical no meio.</p>	<p>Diagrama de Manter planos anteriores: Um triângulo com vértices no topo e na base. O topo está conectado ao vértice superior esquerdo e ao vértice superior direito. A base está conectada ao vértice inferior esquerdo e ao vértice inferior direito. O triângulo está dividido por uma linha vertical no meio.</p>		
	Contínuam diagnósticos anteriores	Manter planos anteriores		
	Recebimento de medicação relacionado a hidratação + antibioticoprofilaxia			

Função de Desempenho de Papel: 1 - Medo de que o filho tenha o prognóstico do irmão	1 - Continua diagnóstico anterior	1 - Manter plano anterior	amarelo-claro. Realizados curativos no abdômen e região temporal cefálica, ambas apresentando bom aspecto, sem presença de secreções. Retirados pontos na região lombossacra na lesão cirúrgica da correção da mielomeningocele. M. mostrou-se calma e muito alegre durante toda a manhã. Referiu que a hidratação do bebê foi suspensa às 14:00hs de ontem, quando o bebê acordou e voltou a mamar.
Função de Autoconceito: Não identificado			
Função de Interdependência: 3 - Despreparo da mãe para a realização do cateterismo vesical	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter planos anteriores.	
MODO ADAPTATIVOS 11.12.1998 - 6ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 14.12.1998 7:00 - 17:00hs 2ª feira Função Fisiológica: 1 - RN hospitalizado 2 - Suturas cranianas abertas 4 - RN urinando em forma continuada 5- Coto umbilical em processo de mumificação 6 - Falta de ICM 8 - Ausências de reflexos 9 - Recebimento de medicação EV 10 - Potencial para infecção
Função de Desempenho de Papel: 1 - Medo de que o filho tenha o prognóstico do irmão. Função de Autoconceito: Não identificado	1 - Continua diagnóstico anterior 1 - Continua diagnóstico anterior		Função Fisiológica: T=37,5°C FC=140bpm FR= 60mpm Peso: 2910 g. M. prestou os cuidados de higiene e conforto em seu bebê seguindo com segurança as orientações dadas pelas acadêmicas nos dias anteriores. Realizados curativos na região cefálica, abdominal e lombossacra, sendo que as 2 primeiras apresentaram-se com bom aspecto sem presença de secreções e a última com 1 ponto sangrante. M. ainda realizou o cateterismo vesical do RN sem auxílio, mostrando-se segura. Não houve drenagem de urina. Continua recebendo leite materno em livre demanda. Suspensa antibioticoprofilaxia.

Função de Interdependência: 3 Despreparo da mãe para realização do cateterismo vesical	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior	
MODOS ADAPTATIVOS 2ª feira - 14.12.1998	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 15.12.1998 7:00 - 12:00hs 3ª feira
Função Fisiológica: 1 - RN hospitalizado 2 - Suturas cranianas abertas 4 - RN urinando de forma continuada 5 - Coto umbilical em processo de mumificação 6 - Falta de ICM 8 - Ausência de reflexos 10 - Potencial para infecção	 Continuam diagnósticos anteriores	 Manter planos anteriores	T = 36,9°C FC= 140bpm FR=48mpm P= 2920g Novamente a mãe realizou os cuidados de higiene e conforto do RN conforme orientações anteriores. Retirados curativos em regiões lombossacra, cefálica e abdominal sendo que todas as lesões apresentaram-se com bom aspecto e sem secreção. A mãe realizou o cateterismo vesical independente de auxílios. Houve uma drenagem de 0,2ml. Realizado teste do pezinho e orientação a mãe para que procure o resultado no posto de saúde de sua cidade depois de 30 dias. As 11:30hs realizou-se a passagem de SNG para recebimento de sedativo e repassada sonda vesical para que o médico realiza-se a cistomanometria do RN. Após a realização do exame a mãe recebeu orientação de que deveria continuar a passagem da sonda 2x ao dia e recebeu alta hospitalar. Foi orientada sobre os cuidados como: lavagem das mãos, introdução e, se necessário, reaproveitamento da
Função de Desempenho de Papel : 1 - Medo de que o filho tenha o prognóstico do irmão	1 - Continua diagnóstico anterior	1 - Manter plano anterior	
Função de Auntoconceito: Não identificado			
Função de Interdependência: Não identificado			

		<p>sonda...</p> <p>Foram retirados todos os pontos da região cefálica e abdominal, sendo que a primeira apresentou bom aspecto e a segunda com lesão cirúrgica um pouco aberta. Fechou-se, então, o curativo desta última e a mãe foi orientada para que realizasse curativo no local diariamente com povidine tópico e açúcar</p> <p>Contactou-se com a empresa rodoviária onde foi possível reservar uma passagem para às 17:45hs do mesmo dia. A mãe seria então, levada até a rodoviária por uma ambulância do hospital.</p> <p>Ficou agendada uma consulta com o GAM (Grupo de Apoio a Mielo) e posterior consulta ao geneticista.</p>
--	--	---

Avaliação do objetivo nº 3:

Para desenvolvermos o processo de enfermagem, precisamos fazer algumas alterações no instrumento elaborado por nós anteriormente para a coleta de dados. Estas foram feitas a nível de complementação pelo achado de alguns estímulos, os quais não tinham sido citados no instrumento.

Uma das alterações foi a inclusão de um item com o título: “Percepção dos Sentimentos”, por observamos durante a avaliação de 1º nível, através de conversas informais com as famílias, o “manifestar” dos sentimentos das mesmas, surgindo mais um estímulo que necessitaria de intervenções para tornar-se uma resposta adaptativa.

Estas complementações tornaram o uso do instrumento inviável na prática, devido a falta de espaço. Decidimos, então, modificar a forma de apresentação do mesmo.

Quanto ao diagnóstico, não utilizamos a lista de diagnósticos da NANDA, uma vez que sentimos dificuldades de relacioná-las aos estímulos identificados e à particularidade dos problemas apresentados com nossos pequenos clientes e suas famílias. Optamos, então, pela elaboração de nossos próprios diagnósticos, baseados na mesma.

Além disto, também foi inapropriado o uso na prática do instrumento elaborado por nós acadêmicas, para realização do diagnóstico, plano e implementação e evolução, ainda pela falta de espaço, servindo apenas como modelo para elaboração de um maior.

Desde o primeiro dia de estágio, optamos pela realização de um diário de campo, onde ao final de cada dia, descrevíamos as experiências vivenciadas. Nosso principal objetivo era o de registrar situações que poderiam ser esquecidas futuramente e que seriam importantes para a elaboração de nosso relatório. Todavia o diário serviu não só de registro, mas também foi uma forma de expressar nossos sentimentos do dia a dia.

Gostaríamos de salientar a importância notada na utilização de uma Metodologia Assistencial, servindo-nos de auxílio para tomar decisões, prever e avaliar conseqüências, tornando nossa prática sistematizada e ordenada, além de servir de registro para nossas ações, fazendo com que percebêssemos a importância da visão prática da teoria.

Ao selecionarmos pacientes e famílias, de acordo com suas necessidades mais relevantes, com que iríamos trabalhar, implementamos e avaliamos os cuidados de acordo com a metodologia proposta, o que proporcionou identificarmos comportamentos

adaptativos ou inefetivos, reforçando a aplicabilidade do conceito de adaptação proposto por Roy: Um constante processo de ir e vir. Consideramos, então, o objetivo 3 alcançado plenamente.

8.4 Objetivos nº 4 e 5

⇒ Favorecer a participação dos pais nos cuidados com o recém-nascido, orientando-os na compreensão da situação a ser enfrentada e auxiliando-os na formação do vínculo.

⇒ Promover a adaptação dos pais que vivenciam o impacto de receber um RN com malformação congênita.

8.4.1 O fortalecer do vínculo:

Nossa preocupação em identificarmos o nível de conhecimento da família acerca dos problemas de seus RNs e da habilidade ou não para a prestação de cuidados, já iniciou no primeiro contato em que mantivemos com as mesmas, durante a realização da coleta de dados. O instrumento elaborado para tal fim, aliado a uma percepção aguçada do comportamento verbal e não verbal dos familiares, possibilitaram a compreensão dos vínculos e também ajudaram a iluminar o caminho na busca de planos de cuidados que pudessem auxiliar no fortalecimento desses vínculos.

A partir da identificação de necessidades de maiores conhecimentos acerca dos problemas do RN e da identificação de comportamentos inefetivos, fornecíamos além de orientações através de conversas informais, demonstração de ilustrações sobre a patologia (fornecidos pelo próprio berçário), acompanhamento da família a outras unidade para que tivessem contato com pacientes que sofreram correções cirúrgicas similares àquelas a serem submetidos os recém-nascidos das famílias que cuidávamos.

Quando identificávamos necessidades na prestação de cuidados dos familiares ao Rn inicialmente orientávamos sobre a importância da participação dos mesmos, não só através da prestação de cuidados propriamente ditos, como também o fazer-se presente através do toque, do afago, do pegar no colo, do amamentar e do demonstrar o amor que

sentem pelos seus filhos, tanto para o fortalecimento do vínculo pai/filho quanto para a promoção da adaptação dos pais aos seus bebês com problemas.

A partir daí iniciávamos a demonstração dos cuidados, explicando o modelo correto de fazê-los passo a passo, depois introduzíamos os pais na prestação dos mesmos auxiliando-os, sempre estimulando o questionamento de dúvidas, incentivando-os até que os próprios demonstrassem segurança para o fazerem sem auxílio.

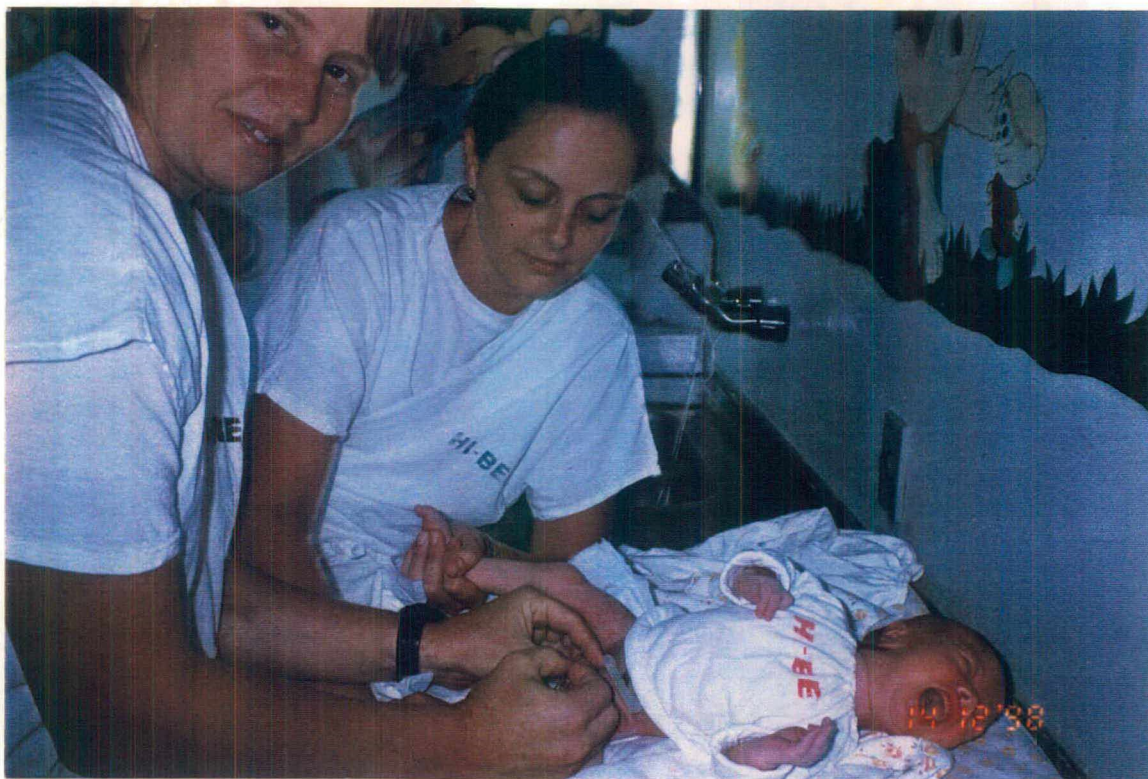


Foto 4 - Acadêmica de enfermagem incentivando uma mãe na realização de cuidados (cateterismo vesical) a seu Recém Nascido

Muitas vezes conseguimos perceber que o incentivo à formação do vínculo obtivera respostas positivas para a família. Algumas estratégias utilizadas por nós foram consideradas apropriadas, pois a reação dos familiares era compensadora. Pequenos extratos do Diário de Campo pode ajudar nesta compreensão:

“Levamos a mãe do Tigre de Bengala para ver uma criança com derivação. A mesma referiu que achava que

fosse 'bem pior'. Sua reação fez reforçar ainda mais a importância da visualização futura do seu bebê, quebrando-se mitos e diminuindo ansiedades" (Diário de Campo do dia 08.12.1998).

"Acompanhamos o recém-nascido até o Centro Cirúrgico, juntamente com sua mãe. Antes de entrarmos a mãe chorou e a consolamos, reforçando para que ela tivesse fé, que tudo correria bem. Abraçamos a mesma e entramos. Ela disse: - Cuidem bem do meu filhote, ele é tão pequeno, e também é um pouco filho de vocês" (Diário de Campo do dia 10.12.1998).

Outras vezes, no entanto, as situações que se apresentavam eram extremamente difíceis para nós, principalmente quando o prognóstico do bebê não era dos melhores, como revelam os seguintes trechos do Diário de Campo:

"À tarde, o pai do recém-nascido Elefante chegou à unidade. Ao entrarmos no quarto, ele disse, ríspidamente: - não quero que tirem fotos do bebê e nem quero muita gente olhando! Orientamos, então, que nada seria feito sem a permissão do mesmo. Apresentamo-nos e solicitamos sua permissão para o desenvolvimento do trabalho e ele nos interrompeu dizendo: - com minha filha tudo bem, mas eu não quero falar nada agora! No entanto, começamos a falar sobre sua esposa, a preocupação deles... e quando percebemos, estávamos os três sentados no chão há mais de uma hora. Ficamos ouvindo os desabafos daquela pessoa aparentemente desesperada. Durante a conversa o pai chorou e nós choramos com ele, continuando, solidariamente, ao seu lado. O pai referiu preferir a morte

do bebê e então, nos colocando em seu lugar, deixamos os julgamentos de lado, respeitando sua decisão do momento” (Diário de Campo, dia 03.12.98).

“Antes de irmos embora, nos despedimos de M, que estava esperando a ambulância. Demos a ela uma foto do Leão Marinho de presente com uma dedicatória atrás. Ela nos agradeceu por tudo referindo: - vocês foram muito legais. Obrigada pelo carinho que me trataram e por tudo o que fizeram por mim. Que Deus abençoe vocês duas e dê muita sorte na carreira. Agora estou mais conformada, e Deus sabe o que faz. Se ele quiser levar meu bebê, ele sabe o que é melhor, mas eu queria que ele ficasse comigo mesmo que fosse por pouco tempo, por isso quero ir pra minha casa” (Diário de Campo, Dia 26.11.98).

Estes pequenos extratos demonstrativos daquilo que vivenciamos no campo servem para mostrar a angústia experienciada pela família quando do nascimento de um bebê com malformações congênitas. Situações como estas nos fizeram pensar muito a respeito da adaptação destes pais. Percebemos que, muitas vezes, o único cuidado que podíamos manifestar era o de exteriorizar a nossa solidariedade, dar carinho, deixar chorar e assim, ajudar a família a adaptar-se para a morte daquele que nem bem chegou ao mundo.

Os conceitos adaptados de Roy nos auxiliaram muito na compreensão da implementação dos cuidados aos recém-nascidos malformados e suas famílias. Principalmente o conceito de Pessoa, Sistema Adaptativo e Enfermagem.

8.4.2 O amamentar:

Acreditando que a amamentação trás muitos benefícios ao bebê como: a diminuição do risco de infecções; o de ser um alimento completo com as vitaminas ideais para o organismo do bebê; o fato de ser um ato existencial que fortalece o vínculo

mãe/filho, e pode ajudar a promover a adaptação dos pais ao problema de seu bebê, procuramos promover a amamentação sempre que sentíamos alguma possibilidade de fazê-lo.

Sempre que um neonato podia ser amamentado ao seio e a mãe ainda não o tinha feito, examinávamos a mama e, quando observávamos alguma ejeção láctea colocávamos o bebê ao seio e orientávamos a mãe como fazê-lo e sobre os cuidados para o sucesso do mesmo.



Foto 5 - Mãe do recém - nascido Vaquinha num gesto de amor e carinho com seu bebê.

Durante o transcorrer do estágio, experienciamos duas vivências as quais julgamos de grande valia para nosso aprendizado, são elas: a de uma mãe (RN Foquinha) que não tinha iniciado a amamentação referindo não ter leite porque teria o bebê ficado internado por longo período de tempo na UTI neonatal sendo que o RN estava impossibilitado de ser amamentado, tendo assim “secado” seu leite. Contudo, ao examinarmos o seio da mãe

notamos a presença de leite. Iniciamos, então, a colocação do bebê ao seio mesmo notando a descrença da mãe em poder fazê-lo, já que a quantidade de leite apresentava-se reduzida. Começaria uma grande batalha de estimular a mama da mãe por no mínimo uma vez ao dia, orientando-a que por menor que fosse a quantidade de leite faria bem ao bebê e proporcionaria aos dois (mãe e filho), um grande momento de troca de calor, amor e carinho importantes para ambos. Ao final do estágio, quando o bebê já havia tido alta e retornava para realização da cirurgia, uma grande surpresa: a mãe referiu que ainda amamentava o filho.

Desta vez, não com um final feliz, auxiliamos juntamente com a fonoaudióloga do berçário, a colocação de um bebê ao seio, cuja mãe referiu não ter conseguido amamentá-lo desde o nascimento, pois o mesmo não sugava, apesar da mama da mãe estar cheia de leite, ter um mamilo protruso e estar disposta a fazê-lo. Todas as manobras possíveis como: introdução de leite materno na seringa e posterior colocação do bebê ao seio injetando o leite; jatos de leite da mama lançados à boca do bebê e recolocação ao seio... foram sem sucesso. E o que mais nos chamou atenção foi a referência da mãe de que o bebê sugava muito bem o seio da avó materna (mesmo não tendo leite), além do bico da mamadeira. Interpretamos este fenômeno como um indício muito forte de que o stress e a preocupação materna estavam interferindo no sucesso da amamentação. A mãe concordou com a orientação de promover a ordenha manual, enquanto o bebê recebia o seu leite via copinho ou mamadeira, até que a mãe estivesse fortalecida para amamentá-lo.

8.4.3 O adaptar-se a um filho portador de malformação:

Sempre que recebíamos uma família, incluindo nesta um bebê com malformações, podíamos sentir que preparavam-se para uma dura caminhada a ser percorrida. Mostravam através de seus olhares perdidos, o choque que estavam vivenciando por terem tido um bebê diferente daquele que tinham tanto esperado.

Sem exceções, sempre que iniciávamos uma conversa onde mencionávamos sobre a realidade dos problemas a serem enfrentados, as lágrimas escorriam e os sentimentos afloravam, fazendo com que também nos emocionássemos naqueles momentos. Todavia, tínhamos que nos mostrar fortes pois agora necessitavam de alguém que lhes desse apoio e

se mostrasse disponível a ajudá-los a enfrentar tal situação. Com o passar dos dias, lidando com aqueles bebês como se fossem “normais” e convivendo juntamente com suas famílias, pudemos notar que tínhamos servido de exemplo para que, como nós, passassem a tocar, acariciar e cuidar daquela criança, fazendo com que os pequeninos sentissem o amor que os pais tinham por eles desde o início de suas vidas, mas que principalmente por medo de encarar o desconhecido, não conseguiam demonstrar. Como demonstrar amor, carinho, toque aconchegante, se também a mãe e o pai estavam carentes? Acreditamos que nossa demonstração de afeto fazia com que a família se sentisse mais segura:

“É um prazer que vocês cuidem de nossa filha. Se todos fossem como vocês o mundo seria muito melhor, dá para ver que fazem as coisas com amor” (Pai do RN Vaquinha).

Com o passar do tempo podiam perceber que aquele novo ser que havia chegado em suas vidas não era um problema e sim uma criança que precisava de todo o carinho, independente do tempo de sobrevivência.

Salvo em um dos casos a que acompanhamos, todos os familiares mostraram, de formas diferentes, terem iniciado seus processos adaptativos, enfrentando positivamente as situações que surgiam.

Quando optamos por trabalhar com RNs com malformações, achávamos que iríamos nos deparar com crianças com bastante problemas e que apesar de existirem chances de correção cirúrgica, poderiam vir a óbito por questões como baixo peso, prematuridade ou infecções, mas o que não esperávamos era o de nos deparar com malformações tão complexas onde o óbito precoce era certo e, por não termos nos preparado para isto, gostaríamos de expor duas situações as quais tivemos maiores dificuldades em enfrentá-las.

Uma das situações foi a de uma mãe que não realizou pré-natal por achar que tinha câncer e não que estava grávida, já que sua mãe tinha vivenciado os mesmos sintomas com este diagnóstico e morrido. Por isso não procurou o médico com medo de vir a óbito como a mãe. Deu, então, à luz um neonato prematuro com múltiplas malformações diagnosticadas posteriormente como Síndrome de Edwards ou Trissomia do 18. Mesmo tendo sido

orientada acerca do mau prognóstico e da baixa expectativa de vida do filho, mantinha-se presente quase 24 horas por dia, cuidando e acariciando seu bebê e lutou para que conseguisse a transferência do mesmo para sua cidade.

Outra situação enfrentada foi a de um pai que acompanhava seu bebê também portador de malformações múltiplas diagnosticadas como Síndrome de Brida Amniótica que, segundo suas próprias informações, quando soube do péssimo prognóstico de neonato já aos 3 meses de gestação da mãe, optou pelo aborto, que não foi possível por falta de autorização médica e, com o nascimento, ao se deparar com um RN com aparência física assustadora, afirmou que preferia a morte da criança.



Foto 6 - Recém-nascido Elefante com malformações múltiplas posteriormente diagnosticadas de Síndrome da Brida Amniótica.

São palavras do pai:

“Não me preocupo com o que os outros vão dizer, mas acho que se for pra gente ficar sofrendo, é melhor morrer”.

“Não consigo olhar direito. É duro. Não queria que F. visse ela assim, pois pode ficar traumatizada. A família toda ainda não está preparada para isto”(J., pai do RN Elefante).

O pai permaneceu no hospital somente no dia em que trouxe o bebê de sua cidade. Nos próximos dias ligava sabendo o estado geral da filha e segundo a informação de uma das funcionárias em um destes dias o pai questionou sobre a possibilidade de acelerar a morte do bebê, pois já havia comprado o caixão. Dois dias depois o bebê foi a óbito.

“Foi uma sensação estranha ver aquele bebê agonizar e continuar apenas observando, esperando a morte chegar. Desejando a morte da criança e ao mesmo tempo tendo vontade de sacudi-la ou tentar reanimá-la. Fomos ensinadas a salvar vidas e não a mostrar-nos indiferentes” (Sentimentos manifestados pelas acadêmicas. Diário de Campo, Dia 09.12.1998).

Em ambas as situações, tivemos que atuar como profissionais de enfermagem, além de seres humanos, respeitando sem julgamentos os diferentes mecanismos de enfrentamento da famílias.

8.4.4 O orientar através de folders:

Durante o decorrer do estágio, após termos detectado algumas dúvidas das famílias em se tratando do cuidado do bebê, elaboramos um folder explicativo com o seguinte título: “Cuidando se seu bebê no berçário”. Tentamos contemplar neste não só os cuidados comuns a um RN, como os específicos por se tratarem de crianças internadas num ambiente hospitalar.

Este folder abrangeu os seguintes temas: normas e rotinas do berçário; banho; curativo do coto umbilical; alimentação da criança; cuidados com o bico (chupeta); corte de unhas; 10 passos para uma amamentação bem sucedida (Apêndice 7).

O fornecimento e explicação dos mesmos parecer ter agradado e solucionado dúvidas de algumas famílias. Um pai com quem trabalhamos referiu que tentaria imprimir alguns exemplares em gráfica para que fossem distribuídos para todas as mães cujos filhos fossem internados no berçário, pois achou o mesmo muito bem elaborado.

Avaliação dos objetivos nº 4 e 5:

Lidar com famílias foi uma experiência muito gratificante, não só ensinamos como também aprendemos muito convivendo durante este período com elas. Admitimos que se não fosse o apoio, a abertura e a receptividade das mesmas, não teríamos alcançado estes objetivos propostos.



Foto 7 - Acadêmicas de enfermagem interagindo com familiares do Recém-nascido Vaquinha

Através das orientações e incentivos dados e absorvidos de forma extremamente positiva por eles, pudemos entender na prática o constante processo de adaptar-se.

Também pudemos vivenciar “na pele”, a importância insubstituível da Enfermagem, no cuidado ao recém-nascido portador de malformações e sua família.

8.5 Objetivo nº 6

⇒ Identificar necessidades de atualização técnica e formação humanística da equipe de enfermagem, relacionadas aos cuidados prestados ao RN malformado no berçário e buscar soluções conjuntas.

8.5.1 O observar o berçário:

Notamos que o berçário, apesar de possuir uma área física de bom tamanho, tem áreas ociosas que poderiam ser melhor aproveitadas. Necessita ser reprojetado, tanto para o aproveitamento dessas áreas “isoladas” como para o nível estético e humanístico.

Como não poderíamos realizar estas mudanças, uma vez que são estruturais, tentamos tornar a unidade um pouco mais atrativa, funcional e aconchegante, confeccionando identificação para as portas, bem como a colagem de figuras de bebês nas mesmas; além da identificação com figuras também de bebês nos prontuários e nos berços. Todas as identificações foram feitas de forma plastificada podendo ser reaproveitadas, sendo que as impressões foram realizadas com fita “rotex” com máquina cedida pelas acadêmicas.



Foto 8 - Identificação decorativa nos prontuários confeccionados pelas acadêmicas de enfermagem.

Ao revisarmos a literatura sobre funcionamento de berçários, no que diz respeito a prevenção de infecções hospitalares, identificamos que a unidade em questão se adequa aos princípios preventivos, de modo geral. No entanto, alguns procedimentos ainda necessitam de maior atenção para que a qualidade de atendimento esteja garantida, como por exemplo: a limpeza de equipamentos e material do berçário feita pelo pessoal de enfermagem precisa

ser realizada com maior frequência; as mamadeiras e bicos devem obedecer às prescrições de uso individual.

Durante a nossa estada no berçário observamos que a equipe de enfermagem realizava alguns procedimentos, de forma diferente da qual aprendemos durante a vida acadêmica, no entanto, consideramos que os mesmos não prejudicavam ou diminuíam a qualidade de assistência prestada.

Outro ponto que julgamos precisar ser revisto, é a cobertura de enfermeiros em todos os turnos, por haver somente uma enfermeira no berçário responsável apenas pelo turno matutino, ficando esta sobrecarregada de atividades administrativas, sobrando pouco tempo para investir na educação em saúde, no apoio emocional dos RNs e suas famílias, e para que possa utilizar referencial teórico sistemático no cuidado.

8.5.2 A busca de formação técnica e humanística:

Em pouco tempo de convivência já nos incorporamos à equipe do berçário, integrando-nos a todas as rotinas, auxiliávamos e prestávamos auxílio na realização das atividades.

Fomos requisitadas para: participar das diversas discussões que envolviam pacientes e familiares do berçário; solucionar dúvidas e orientar os pais quanto aos cuidados de seus RNs; esclarecer dúvidas quanto a diluição de medicações que deveriam ser instaladas em bomba de infusão; orientar quanto a realização da técnica correta do banho.

Recebemos sugestões tanto da enfermeira quanto da fonoaudióloga do berçário durante a elaboração de folders explicativos, sendo que depois de impressos circulavam pela unidade com boa aceitação e elogios. As funcionárias de enfermagem se prontificaram a dar continuidade ao fornecimento dos mesmos e a enfermeira juntamente com a fonoaudióloga mantinham a tentativa de conseguir recursos financeiros para a impressão dos mesmos em maior quantidade. Pudemos perceber que não estamos sozinhas em nossa maneira de pensar o cuidado de enfermagem humanizado, pois encontramos profissionais sensíveis ao sofrimento alheio, respeitando sem julgamentos as reações de enfrentamento dos pais frente às situações estressoras que estão vivenciando. Observamos a relação carinhosa e

comprometida que mantêm com os bebês, independente do excesso de trabalho a que estão submetidas.

Mesmo com a humanização sentida, pudemos apontar uma das normas do berçário no que diz respeito a visitas, a qual não permite a entrada de familiares, exceto pai e mãe do bebê. Julgamos que, para o fortalecimento do vínculo entre familiar e RN, em alguns casos, os mesmos deveriam ter acesso à unidade, e não apenas ficar observando pelos visores. Percebendo tal fato, “infringimos” por duas vezes esta norma, tendo sempre citado o ocorrido à enfermeira, que não mostrou-se incomodada com isto, porém orientou-nos que ao abriremos exceções, os demais familiares também sentiriam-se no direito de fazê-lo. Ao questionamento a enfermeira sobre as razões da mesma, esta justificou orientando-nos sobre a infecção hospitalar e o acúmulo de pessoas dentro do berçário.

Colocamos como alternativa a saída de um familiar para a entrada do outro, bem como a correta orientação e supervisão da lavagem de mãos e uso do avental ao adentrar no berçário.

Deixamos, então, nossa semente plantada para que a norma seja revista, contribuindo assim para o fortalecimento do convívio familiar nesta fase, às vezes, quase intransponível de busca de alternativas para o cuidado técnico e humanista do recém-nascido portador de malformação.

Avaliação do objetivo nº6

Apesar de não termos conseguido reunir toda a equipe, como era nosso propósito inicial, conseguimos fazer com que a área de formação técnica fosse aprimorada através de conversas informais e individuais seja quando solicitadas pelos profissionais de enfermagem, ou quando sentíamos a necessidade de intervir. Por estas e outras razões citadas anteriormente, consideramos o objetivo 6 plenamente alcançado.

Julgamos que o alcance pleno de todos os objetivos propostos se deram não só por nossos empenho, compromisso e responsabilidade para com os neonatos e suas respectivas famílias, como também pela aceitação e receptividade de toda a equipe do berçário, que sempre mostrou-se ao nosso lado no desenvolvimento das ações. Não podemos esquecer também da aceitação e disponibilidade de todos os familiares dos RNs envolvidos na realização de nosso trabalho, pois se não fossem os mesmos não havíamos chegado até aqui.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deparar-se com seres tão pequeninos, frágeis, mostrando através de choros estridentes o quanto necessitavam de ajuda, não foi como a realização de um cuidado qualquer. O fato de já termos trabalhado com RNs não minimizou nossas angústias, uma vez que a experiência de aprendizagem anterior foi relativamente curta e com bebês que apresentavam uma aparência “saudável”. No início, tivemos medo de tocá-los, temendo o que até então nos era desconhecido. Com o passar do tempo, aqueles pequeninos mostraram o quanto eram fortes, fazendo com que também adquiríssemos força. É claro que o adaptar-se a situação não deu-se de um dia para o outro, mas através da convivência diária que aumentava nossa interação com os mesmos fazendo com que realizássemos, mesmo que pequenas coisas, com carinho, dedicação e vontade. O problema de cada um deles não servia mais de barreira e era sim mais um elo de ligação entre nós e eles.

Lidar com as famílias foi um pouco mais complicado pois, muitas vezes, ao invés de mostrar-nos suas forças, demonstravam suas fragilidades deixando-nos sem saber que atitudes tomar, apenas ouvindo-os e nos fazendo presentes.

Aos poucos, tendo adquirido confiança e percebendo o quanto tínhamos vontade de ajudá-los, aceitavam o apoio que dávamos, o incentivo à prestação de cuidados, as orientações fornecidas e, de acordo com suas individualidades, passaram a utilizar mecanismos de enfrentamento de forma positiva, em busca da adaptação à situação vivenciada.

Os fatos ocorridos durante o período de estágio fizeram fortalecer o que já

acreditávamos anteriormente, ou seja, que todo o ser humano precisa sentir-se aceito, respeitado e amado, mesmo sendo um RN cuja sobrevivência, muitas vezes, não ultrapassa o período neonatal.

Sobretudo, vivenciamos situações em que ainda não havíamos percebido a interação da família com o bebê, por ocasião de ausência dos familiares no berçário ou de alta “precoce” do RN. Com o intuito de sabermos se tinha havido algum fortalecimento da família, utilizamos como estratégia não prevista o telefonema, onde conseguíamos informações a respeito da família e da criança. Colocávamo-nos, então, disponíveis a ajudá-los quando precisavam, enquanto estivessemos no berçário.

A utilização da Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy contemplando seus elementos (A pessoa que recebe o cuidado; A meta de enfermagem; O conceito de saúde; O conceito de ambiente; A direção das atividades de enfermagem) orientou-nos sobre as bases teórico-metodológicas para aplicação do processo de enfermagem em busca da adaptação dos RNS e suas famílias.

Tanto os pressupostos propostos pela teorista como os elaborados por nós acadêmicas, além dos conceitos componentes do marco teórico serviram de guia e foram confirmados na prática.

Quanto à metodologia proposta, consideramos que a escolha do local da prática foi de grande valia, já que o berçário do H.I.J.G. serve de referência estadual para o encaminhamento de crianças portadoras de malformações o que nos proporcionou a oportunidade de experimentar os cuidados a RNs com diferentes tipos de malformações.

O desenvolvimento do processo de enfermagem, apesar de ter sido trabalhoso por sua ampla extensão, possibilitou através dos 4 modos adaptativos, a identificação de respostas ineficientes, e a posterior implementação de metas visando a adaptação dos neonatos e seus familiares.

Nossa prioridade na assistência de enfermagem aos RNs com data de internação mais recente tendo um menor tempo de vida, objetivando trabalhar maior tempo com a criança, precisou ser alterada, algumas vezes, em decorrência de sentirmos a necessidade de algumas famílias - cujos RNs já tinham um maior tempo de vida e não tinham previsão de alta - de receber apoio e orientações para a promoção de respostas adaptativas.

A convivência com a equipe foi não somente prazerosa, mas o início de uma grande amizade. Mostraram-se disponíveis a ajudar-nos, a escutar-nos, dar-nos apoio e incentivo para a realização deste trabalho. Foi com a ajuda desta que crescemos pessoal e profissionalmente.

O fato de termos sido pioneiras tanto na escolha da clientela (RNs malformados), quanto na utilização da Teoria da Adaptação de Roy, fez-nos apesar de entusiasmas com algo novo, colocarmos o desconhecido ao desafio. Sentimo-nos inseguras e com dificuldades que foram superadas graças ao apoio e incentivo de nossa orientadora, superestimando nossas ações.

Ficam como sugestões para as colegas da graduação, o dar continuidade ao nosso trabalho, uma vez que julgamos de suma importância, para esta clientela tão pouco assistida, obtermos resultados gratificantes em lidar com as famílias e observamos necessidades e inúmeras formas de saná-las, muito mais do que esperávamos. Além disso, por termos sido as primeiras a desenvolver um trabalho com este tema, como também pelo curto período de tempo, pensamos que muito mais pode ser feito na tentativa de desmoronar pré-conceitos que envolvem o surgimento de uma criança malformada perante a sociedade.

Consideramos que a enfermagem exerce forte influência na promoção da aceitação e da adaptação dos pais a estes bebês, sendo que é o profissional da área da saúde que tem a oportunidade de ter maior contato com este tipo de pacientes e suas famílias.

Finalizamos dizendo que a base humanista do modelo de Roy favorece o desenvolvimento do processo de enfermagem com esta clientela e, ao mesmo tempo, instrumentaliza a enfermagem na vivência de relações interpessoais com os sujeitos que estão envolvidos no cuidado.

10 APÊNDICES

Apêndice 1

Instrumento para Coleta de Dados

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Avaliação de 1^o. nível

Identificação do RN:

Nome: _____

Data e hora do nascimento ____/____/____ - ____:____hs.

Tipo de parto: _____

Apgar: 1^o. min. _____ 5^o. min. _____

Idade gestacional segundo Capurro: _____ semanas

Lubchenco: _____ Peso do nascimento: _____

Sexo: () F () M

Posição na família: _____

Motivo da internação: _____

Condições de chegada no berçário: () deprimido

() hiperexitado

() outros

Filiação: _____

Identificação da família

Idade pai/mãe: _____

Estado civil: _____

Posição de outros filhos na família: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Antecedentes obstétricos (mãe): _____

Renda familiar: _____ Escolaridade: _____

Data da coleta de dados: _____

Avaliação de 2^o. nível

Modo fisiológico

P.C: _____

P.T.: _____

P.A.: _____

Peso: _____

Altura: _____

Teste do pezinho: _____

Fontanelas: _____

Oxigenação:

F.R.: _____ bpm ritmo: _____

Pele: () rosada - () pálida

() rosada c/ extremidades cianóticas

() cianótica - () ictérica - () avermelhada

Características da respiração: _____

Oxigenoterapia (forma): _____

Estímulo focal: _____

Estímulo contextual: _____

Estímulo residual: _____

Nutrição/hidratação

Tipo de alimentação: () leite materno

() leite industrializado

() nutrição parenteral

Forma de ingestão: () seio materno

() mamadeira

() SNG/NE

() via parenteral

Forma de sucção: _____

Pega da aréola: _____

Turgor da pele: _____

Sinais de hipo/hiperglicemia: _____

Glicemia capilar: _____

Estímulo Focal: _____

Estímulo contextual: _____

Estímulo residual: _____

Eliminação:

Vesical:

() micção espontânea – frequência: _____	Características: _____	Estímulo Focal: _____
() catéter vesica – volume: _____	Características: _____	Estímulo contextual: _____
() coletor de urina – Volume: _____	Características: _____	Estímulo residual: _____

Intestinal:

Frequência: _____

() mecônio – () fezes de transição – () fezes de leite

Drenagens

() resíduo gástrico por sondagem – Volume e características: _____	
() vômitos –	Características: _____
() regurgitação –	Características: _____
() salivação excessiva	
() não observado externamente	

I.C.M.

Icterícia: () até 24 hs. de vida – () entre 24 e 48 horas
 () após 48 horas – () não observado

locais: () face – () membros – () tronco

Coto umbilical: _____

Estímulo Focal: _____
Estímulo contextual: _____
Estímulo residual: _____

Presença de: () vérnix caseoso – () lanugem
() millium sebáceo – () mancha mongólica
() bossa serosanguinolenta – () céfalo hematoma
() descamação fisiológica
Condições da pele: _____
Presença de curativos: _____
Região: _____ Características: _____

I.F.:
Malformação: () imperfuração anal – () gastrosquise
() hidrocefalia – () atresia de esôfago
() mielomeningocele – () atresia de duodeno
() outras: _____

Regulação hidroeletrólítica:
() presença de edema – Região: _____
() engurgitamento de mamas – () não observado

Regulação hormonal:
Eliminação de secreções: () esbranquiçada – () sanguinolenta
() outras: _____
Região: () vaginal - () mamilar – () não observado

Regulação neurológica:
Nível de consciência: () sonolento – () alerta
() torporoso – () comatoso – () outros: _____
Reflexos: () babinski – () moro – () sucção
() perioral – () deambulação
() pressão plantar e palmar

Terapêutica:

Estímulo Focal: _____
Estímulo contextual: _____

Estímulo residual: _____

Estímulo Focal: _____
Estímulo contextual: _____

Estímulo residual: _____

Estímulo Focal: _____
Estímulo contextual: _____

Estímulo residual: _____

Estímulo Focal: _____

Acesso venoso (tipo e região): _____

Condições de massa muscular e tecido subcutâneo:

() regular – () boa – () escassa

Medicação prescrita: _____

Sono e repouso: _____

Estímulo contextual: _____

Estímulo residual: _____

Estímulo Focal: _____

Estímulo contextual: _____

Estímulo residual: _____

MODO DE AUTOCONCEITO (FAMÍLIA)

❖ Qual a primeira reação da família ao saber que seu bebê era portador de malformação?

❖ A que atribui a malformação?

❖ Como você se sente tendo um bebê com problemas?

❖ O que você pensa sobre a malformação? Tem algum conhecimento anterior?

Avaliação de 2º nível:

- ❖ Estímulo focal: _____
- ❖ Estímulo contextual: _____
- ❖ Estímulo residual: _____

MODO DE DESEMPENHO DO PAPEL (FAMÍLIA)

❖ História social

❖ Situação doméstica

❖ Alguém na família possui uma malformação? Qual?

❖ Como você reagirá, perante a sociedade o fato de ter um filho com problemas?

❖ Os sentimentos de vocês mudou em relação ao RN, por saberem que ele é portador desta malformação?

❖ Como esperam que a enfermagem contribua na situação de saúde-doença do RN?

Avaliação

de 2º nível:

❖ Estímulo focal: _____

- ❖ Estímulo contextual: _____
- ❖ Estímulo residual: _____

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA (RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA)

- ❖ Relacionamento familiar:

- ❖ Relacionamento entre o casal (pais do RN):

- ❖ Aceitação dos pais ao RN:

- ❖ Participação dos pais nos cuidados com o RN:

- ❖ Tempo de permanência dos pais no berçário:

- ❖ Número de visitas: _____

- ❖ Relacionamento família/equipe de enfermagem:

❖ Relacionamento família/acadêmicas de enfermagem:

Avaliação 2º nível:

❖ Estímulo focal: _____

❖ Estímulo contextual: _____

❖ Estímulo residual: _____

Apêndice 2

Lista de Diagnósticos

Modo adaptativo	Diagnóstico de Enfermagem
Modo Fisiológico	
Atividade e descanso	Mobilidade: físico debilitado Déficit de autocuidado: alimentação Déficit de autocuidado: banho-higiene Déficit de autocuidado: vestirboa-apresentação Déficit de autocuidado: toilette Potencial para infecção Déficit de atividades variadas Distúrbio no padrão de sono Intolerância à atividade Intolerância potencial à atividade Dificuldade para gerir o trabalho doméstico Crescimento e desenvolvimento alterados
Eliminação	Padrão alterado de eliminação urinária Retenção urinária Incontinência funcional Incontinência reflexa Incontinência por estresse Incontinência por pressa Incontinência total Alteração na eliminação intestinal: constipação Alteração na eliminação intestinal: diarreia Alteração na eliminação intestinal: incontinência
Função endócrinas	Disfunção sexual Síndrome do trama de estupro Síndrome do trama de estupro: reação mista

	Síndrome do trauma de estupro reação silenciosa
	Padrões alterados de sexualidade
Fluidos e eletrólitos	Déficit potencial de volume
	Excesso de volume do fluido
	Déficit do volume atual de fluido
	Déficit potencial de volume de fluido
Função neurológica	Processos de pensamento alterados
	Déficit de conhecimento (especificar)
	Termo-regulagem ineficiente
	Hipertermia
	Hipotermia
Nutrição	Alterações na membrana da mucosa oral
	Alterações na nutrição: potencial para mais do que o corpo exige
	Alterações na nutrição: menos do que o corpo exige
	Alterações na nutrição: mais do que o corpo exige
	Engolir com problemas
	Alteração potencial da temperatura do corpo
Oxigenação	Alteração na perfusão do tecido:
	Renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférico
	Desobstrução ineficiente das vias aéreas
	Padrão ineficiente de respiração
	Troca de gases debilitada
	Resultado cardíaco alterado:

	Diminuído
Sentidos	<p>Alteração no conforto: dor</p> <p>Alteração no conforto: dor crônica</p> <p>Alteração na percepção sensorial: visual, auditiva, cinestésica, frustativa, tátil e olfativa</p> <p>Desleixo unilateral</p>
Integridade da pele	<p>Integridade da pele prejudicada</p> <p>Prejuízo potencial da integridade da pele ou potencial de decomposição da pele</p> <p>Potencial para infecções</p> <p>Potencial para ferimentos</p> <p>Potencial para ferimentos: traumas</p> <p>Potencial para ferimentos: envenenamento</p> <p>Potencial para ferimentos: sufocamento</p> <p>Integridade de tecidos prejudicada</p>
Modo do Autoconceito	<p>Distúrbio de auto-estima no autoconceito</p> <p>Distúrbio de identidade pessoal no autoconceito</p> <p>Ansiedade</p> <p>Distúrbio da imagem do corpo no autoceito</p> <p>Enfrentamento individual ineficaz</p> <p>Depressão, reativa (situacional)</p> <p>Medo</p> <p>Alteração na manutenção da saúde</p> <p>Ajustamento prejudicado</p> <p>Confusão da identidade, pessoal</p> <p>Impotência</p> <p>Angústia espiritual</p> <p>Não-complacência (especificar)</p>

Distúrbio no autoconceito:

Distúrbio na execução do papel

Desesperança

Confusão da identidade pessoal

Reação pós-trauma

Modo da Função de Papel

Alterações no processo familiar

Enfrentamento familiar: potencial para crescimento

Enfrentamento familiar ineficiente: comprometido

Enfrentamento familiar ineficiente: incapaz

Alteração potencial na paternidade

Alteração real na paternidade

Comunicação verbal prejudicada

Modo da Interdependência

Sufrimento antecipado

Sufrimento disfuncional

Síndrome da transposição

Isolamento social

Potencial para violência: autodirecionado ou voltado para os outros

Interação social prejudicada

Agústia espiritual (angústia do espírito humano)

Enfrentamento familiar ineficiente:

Apêndice 3

Instrumento para Realização do Diagnóstico, Plano, Implementação e Evolução

Modos adaptativos	Diagnóstico	Plano e Implementação	Evolução
-- Função fisiológica			
2 - Função de desempenho de papel			
3 - Função de autoconceito			
4 - Função de interdependência			

Apêndice 4

Técnicas de Enfermagem Realizadas durante o Estágio

TÉCNICAS	QUANTIDADE
Aspiração naso/orogástrica	04
Banho de imersão	23
Banho de leito	03
Cateterismo vesical	15
Clister evacuador	04
Curativo	20
Desinfecção concorrente e terminal de berços	10
Exame físico completo do RN	08
Fluido terapia	10
Gasometria	02
Higiene oral	04
Instalação de incubadora	02
Instalação de oxigenoterapia	08
Manejo do aleitamento materno	12
Preparo e administração de medicações	36
Preparo e administração de N.P.P.	03
Procedimentos para alta do RN	05
Punção arterial	12
Punção venosa	26
Retirada de pontos	07
Sinais Vitais	35
Sondagem nasoenteral	02
Sondagem nasogástrica	05
Tamponamento	01
Transporte de Rn para exames (RX, Ultrason...)	08
Cuidados pré-operatórios	04
Cuidados pós-operatórios	02
Curativo de coto umbilical	23
Confecção de talas	02
Procedimentos de prevenção de infecção hospitalar	04

OBS.: As quantidades de técnicas citadas acima foram a soma da realização das mesmas pelas 2 acadêmicas.

Apêndice 5

Autorização dos Pais para Publicações de Fotos

AUTORIZAÇÃO

Eu, Jose Roberto de O. Silva autorizo publicações
de todos meus e de minha família para trabalhos
acadêmicos.

Ass: [Assinatura]

Florianópolis, 15 de dezembro de 1998.

AUTORIZAÇÃO

Eu, Marc'le Gonçalves Thibbs autorizo as publicações
de todos meus e de meu filho para trabalhos
acadêmicos.

Ass: Marc'le G. Thibbs & C. B.

Florianópolis, 15 de dezembro de 1998.

Apêndice 6
Processo de Enfermagem
Foquinha

FOQUINHA

- *Avaliação de 1º nível:*

- Identificação do RN:

Nome: R. B. R.

Data e hora do nascimento: 11.09.98 - 19:07 horas

Tipo de Parto: normal

Apgar: 1 min: — 5º min: — (x) Não consta

Idade Gestacional: Capurro: — Lubchenco: — (x) Não Consta

Sexo: (x)M ()F ()Não definido

Posição na família: 1º filho do casal

Motivo da internação: extrofia de bexiga

Condições de chegada no berçário: () deprimido

() hiperesutado

() outros: _____

(x) não observado

Peso do nascimento: 1,500g

Filiação: Pai: C.S.R. Mãe: J. S. B.

Data de internação: 15.09.98

- *Avaliação de 2º nível*

EF¹: RN pré-termo hospitalizado

EC²: prematuridade/extrofia de bexiga

ER³: não identificado

- Identificação da família:

idade: Pai: 19 anos Mãe: 19 anos

estado civil: casados

posição de outros membros na família:

¹ EF: Estímulo Focal

² EC: Estímulo Contextual

³ ER: Estímulo Residual

profissão: **mãe:** Costureira **pai:** pintor

renda familiar: ± 500reais

escolaridade: **mãe:** 1º grau incompleto **pai:** 1º grau incompleto

pré-natal: realizou 3 consultas

antecedentes obstétricos: GI PI AO

MODO FISIOLÓGICO:

PC: 33cm **PT:** 28cm **PA:** 31cm **Peso:** 1,960Kg **Altura:** 40cm

Teste do pezinho: já realizado, mas ainda não veio resultado.

Fontanelas: **bregmática:** 4 cm (normotensa)

lambdóide: 1 cm

suturas cranianas: fechadas

- Avaliação de 2º nível:

EF: PA maior que PT.

EC: provavelmente devido a extrofia de bexiga

ER: não identificado

OXIGENAÇÃO:

FR: 48 bpm **rítmo:** rítmico

Característica da respiração: abdominal

Pele: ☒ rosada ☐ pálida ☐ cianótica ☐ ictérica

☐ rosada com extremidades cianóticas ☐ avermelhada

oxigenoterapia: não se aplica

CIRCULAÇÃO:

FC: 120 bpm **rítmo:** rítmico

REGULAÇÃO TÉRMICA:

T= 36,5° C

☒ berço normal ☐ berço aquecido ☐ incubadora

NUTRIÇÃO/HIDRATAÇÃO:

Tipo de Alimentação: ☐ hidratação com soro

() leite materno
(x)leite industrializado - Nan
Volume: 40ml
() nutrição parenteral horários: 3/3horas
Forma de ingestão:
() seio materno
(x) mamadeira
()SNG **()SNE**
() via parenteral

Forma de sucção: boa

Pega da areola: não observado

Sinais de hipo/hiperglicemia: não constatado

Glicemia Capilar: não se aplica

- Avaliação de 2º nível:

EF: RN recebendo leite industrializado

EC: ausência de leite materno (SIC).

ER: não identificado

ELIMINAÇÃO:

Vesical:

(x) micção espontânea - frequência: $\pm 6x/dia$ **carac: amarelo claro**

() catéter vesical - volume: **carac:**

()coletor de urina - volume: **carac:**

Intestinal:

Frequência: $\pm 4 x$ ao dia

() mecônio **() fezes de transição** **(x) fezes de leite**

Característica:

(x) pastosas **() semi-líquidas** **()líquidas** **() endurecidas**

Drenagens:

() resíduo gástrico por sondagem - Vol: **Carac:**

(x) vômitos - carac: vômito de leite (2 x pela manhã)

() regurgitação - carac:

() salivação excessiva:

() não observado externamente

- Avaliação de 2º nível

EF: episódios de vômito de leite

EC: provável refluxo gastroesofágico

ER: provavelmente devido a prematuridade

I.C.M.*

- Icterícia: () até 24 hs de vida () entre 24 - 48hs () após 48hs

locais: () face () membros () tronco (x) não observado

Coto umbilical: ausente

Presença de: () vernix caseoso (x) lanugem

(x) millium sebáceo () mancha mongólica

() bossa serosanguinolenta () cefalohematoma

() descamação fisiológica

- condições da pele: íntegra, com exceção do abdômem inferior.

- presença de curativos: sim, na extrofia de bexiga

- Região: abdominal **carac.:** mucosa exposta com ausência de secreções, presença somente da glândula como genitália externa.

- Avaliação de 2º nível.

EF: falta de integridade cutâneo - mucosa

EC: extrofia de bexiga congênita

ER: hereditariedade (?); oligodrâmnio (?); prematuridade (?).

I.F. **

Malformação: () imperfuração anal () gastrosquise () hidrocefalia

() atresia de esôfago () mielomeningocele

() atresia de duodeno (x) outras: extrofia de bexiga

- Avaliação de 2º nível:

* I.C.M. = Integridade cutâneo mucosa

** I.F. = Integridade Física

EF: extrofia de bexiga

EC: oligodrâmnio/hereditariedade/prematuridade (?)

ER: não identificado

REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA:

☐ presença de edema - região: _____

☐ engurgitamento de mamas

☒ não observado

REGULAÇÃO HORMONAL

eliminação de secreções: ☐ esbranquiçada ☐ sanguinolenta ☐ outros: _____

região: ☐ vaginal ☐ mamilar ☒ sem indicativos externos

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:

nível de consciência:

☐ sonolento ☒ alerta ☐ torporoso ☐ comatoso ☐ outros: _____

Reflexos:

☒ babinski ☒ moro ☒ sucção ☒ perioral ☒ deambulação

☒ preensão palmar ☒ preensão plantar.

TERAPÊUTICA:

- acesso venoso (tipo região): não se aplica

- condições de massa muscular e tecido subcutâneo:

☐ regular ☐ boa ☒ escassa

- medicação prescrita: Digesan (2 gts); Protovit (12 gts); Sulfato ferroso (12gts) -

1 x ao dia Via Oral

- Avaliação de 2º nível:

EF: massa muscular e tecido subcutâneo escasso

EC: prematuridade

ER: oligodrâmnio/herança genética (?)

EF: RN recebendo medicamentos VO

EC: baixo peso

ER: prematuridade

SONO e REPOUSO: Dorme frequentemente em intervalos pequenos (± 2 horas), acordando para mamar.

- Avaliação de 2º nível

EF: potencial para infecção

EC: extrofia de bexiga/hospitalização

ER: hereditariedade?

MODO DE AUTOCONCEITO: (família)

Data: 10.11.98

Respondido por: Mãe do RN

∴ Qual a primeira reação ao saber que seu bebê era portador de malformação?

R: “Achei que meu filho não iria sobreviver”.

∴ A que atribui a malformação?

R: “Acho que é por que ele nasceu prematuro”.

∴ Como você se sente tendo um bebê com problemas?

R: “A mesma coisa como se fosse normal”.

∴ O que você pensa sobre a malformação? Tem algum conhecimento anterior?

R: “Não sei o que é.” “A filha da minha irmã tinha problema no coração. A veia do coração era pulmão e a do pulmão no coração.”

- Avaliação de 2º nível.

EF: mãe atribui a malformação à prematuridade de seu bebê

EC: falta de conhecimento acerca do assunto

ER: presença de malformação anterior na família

EF: desconhece o termo malformação congênita

EC: falta de conhecimento acerca do assunto

ER: não identificado

∴ Relacionamento família/acadêmicas de enfermagem:

R: Mãe aceitou prontamente a participação das acadêmicas, porém mostrou-se um pouco “afastada”.

- Avaliação de 2º nível:

EF: afastamento da mãe, perante as acadêmicas

EC: mãe não conhece as acadêmicas/situação não familiar

ER: não identificado

EF: mãe demonstra insegurança ao dar banho no bebê.

EC: inexperiência

ER: 1º filho

∴ Percepções dos sentimentos da mãe:

Durante a coleta de dados a mãe mostrou-se um pouco afastada e ao ser reforçada a importância da presença, aceitação e o “dar afeto” para um melhor crescimento e desenvolvimento da criança, a mãe demonstrou preocupação e desconhecimento ao questionar as acadêmicas sobre o ato cirúrgico, os riscos que a criança correria, seu estado após a cirurgia, a estética do local, bem como o funcionamento da genitália.

- Avaliação de 2º nível:

EF: choro da mãe durante a conversa com as acadêmicas

EC: stress que a mãe vivência desde o nascimento, com a chegada de um bebê c/ problemas.

ER: prematuridade/extrofia de bexiga

EF: preocupação acerca do procedimento cirúrgico

EC: desconhecimento do mesmo e de suas consequências

ER: riscos que a criança pode correr aparência estética (?)

ER: baixo nível sócio-econômico

EF: falta de orientação acerca de malformação específica da criança

EC: desconhecimento sobre o problema

ER: não identificado

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA (RN e família)

∴ Relacionamento familiar:

R: “Somos todos unidos, nos damos muito bem; eu, meus pais e todos os meus irmãos. Me dou bem com a família do meu marido e ele também se dá bem com a minha.”

∴ Relacionamento entre o casal (pais do RN):

R: “Nos damos muito bem. A gente nunca briga, e é super unido.

∴ Aceitação dos pais aos RN:

R: Mãe demonstra interesse e carinho pelo bebê. Permanece ao lado do berço fazendo carícias, embalando-o em seu colo e mostra-se interessada sobre o estado de saúde de seu bebê, sempre questionando toda a equipe. O pai visita a criança nos finais de semana, e segundo equipe do berçário, demonstra bastante interesse pelo bebê.

∴ Participação dos pais nos cuidados com o RN:

R: Mãe participa do banho, porém demonstra certa insegurança; troca de fralda e faz o curativo na região abdominal. Oferece mamadeira ao bebê, porém não amamenta, referindo “não ter leite”.

∴ Tempo de permanência dos pais no berçário:

R: Mãe permanece 24hs no berçário durante a semana, e em alguns finais de semana vai para casa. O pai geralmente visita nos fins de semana em que a mãe permanece no mesmo.

∴ nº de visitas: Já vieram ver o bebê, a avó e 3 tias maternas, mas a mãe é que permanece com maior frequência.

∴ Relacionamento família/acadêmicas de enfermagem

Mãe interage bem com toda a equipe, chegando algumas vezes a auxiliar as funcionárias em algumas atividades realizadas no berçário (ex: confecção de talas).

MODO DE DESEMPENHO DO PAPEL (família)

∴ História social:

A mãe morava com seus pais desde o nascimento. Possui mais 9 irmãos, sendo a caçula da família. Seu pai trabalhava na roça, e agora possui um bar próprio. Sua mãe sempre foi do lar. J. trabalha desde os 15 anos em uma fábrica (malharia). Casou-se aos 18 anos e 2 meses após, engravidou, sendo a Foquinha o 1º filho do casal. Moram em casa de alvenaria, com água encanada, luz elétrica e esgoto, a mesma é emprestada do irmão de J. O pai foi criado mais pela avó materna, pois seus pais se separaram desde que este era criança. Possui 4 irmãos, sendo o 2º mais velho. Foquinha é o primeiro neto por parte paterna e segundo a mãe sempre foi e ainda é aguardado por todos com muito carinho.

∴ Situação Doméstica:

R: Mãe trabalha o dia todo, almoça na malharia onde trabalha. Deixa almoço pronto para o marido. O pai trabalha à tarde e à noite, e pela manhã faz “bicos” como pintor.

∴ Alguém na família possui uma malformação? Qual?

R: “Sim, um primo do bebê teve problema de coração.”

∴ Como você reagirá, perante a sociedade o fato de ter um filho com problemas?

R: “Normalmente, não tenho medo do que os outros vão pensar. Gosto de mostrar como ele está agora, pois todos falavam que ele iria morrer.”

∴ Os sentimentos de vocês mudou em relação ao RN, por saberem que ele é portador desta malformação?

R: “Não. Gostamos dele como se fosse normal, e o problema não mudou em nada”.

∴ Como esperam que a enfermagem se relacione com a família?

R: “Bem. Sendo assim como eles são: bonzinhos e me dizem as coisas”.

∴ Como esperam que a enfermagem contribua na situação de saúde-doença do RN?

R: “Fazendo orientações”.

- Avaliação de 2º nível;

EF: pais da criança trabalham em período integral

EC: necessidade financeira

ER: baixo nível sócio-econômico

EF: falta de orientação acerca de malformação específica da criança

EC: desconhecimento sobre o problema

ER: não identificado

MODO DE INTERDEPENDÊNCIA (RN e família)

∴ Relacionamento familiar:

R: “Somos todos unidos, nos damos muito bem; eu, meus pais e todos os meus irmãos. Me dou bem com a família do meu marido e ele também se dá bem com a minha.”

∴ Relacionamento entre o casal (pais do RN):

R: “Nos damos muito bem. A gente nunca briga, e é super unido.

∴ Aceitação dos pais aos RN:

R: Mãe demonstra interesse e carinho pelo bebê. Permanece ao lado do berço fazendo carícias, embalando-o em seu colo e mostra-se interessada sobre o estado de saúde de seu bebê, sempre questionando toda a equipe. O pai visita a criança nos finais de semana, e segundo equipe do berçário, demonstra bastante interesse pelo bebê.

∴ Participação dos pais nos cuidados com o RN:

R: Mãe participa do banho, porém demonstra certa insegurança; troca de fralda e faz o curativo na região abdominal. Oferece mamadeira ao bebê, porém não amamenta, referindo “não ter leite”.

∴ Tempo de permanência dos pais no berçário:

R: Mãe permanece 24hs no berçário durante a semana, e em alguns finais de semana vai para casa. O pai geralmente visita nos fins de semana em que a mãe permanece no mesmo.

∴ nº de visitas: Já vieram ver o bebê, a avó e 3 tias maternas, mas a mãe é que permanece com maior frequência.

∴ Relacionamento família/acadêmicas de enfermagem

Mãe interage bem com toda a equipe, chegando algumas vezes a auxiliar as funcionárias em algumas atividades realizadas no berçário (ex: confecção de talas).

∴ Relacionamento família/acadêmicas de enfermagem:

R: Mãe aceitou prontamente a participação das acadêmicas, porém mostrou-se um pouco “afastada”.

- Avaliação de 2º nível:

EF: afastamento da mãe, perante as acadêmicas

EC: mãe não conhece as acadêmicas/situação não familiar

ER: não identificado

EF: mãe demonstra insegurança ao dar banho no bebê.

EC: inexperiência

ER: 1º filho

∴ Percepções dos sentimentos da mãe:

Durante a coleta de dados a mãe mostrou-se um pouco afastada e ao ser reforçada a importância da presença, aceitação e o “dar afeto” para um melhor crescimento e desenvolvimento da criança, a mãe demonstrou preocupação e desconhecimento ao questionar as acadêmicas sobre o ato cirúrgico, os riscos que a criança correria, seu estado após a cirurgia, a estética do local, bem como o funcionamento da genitália.

- Avaliação de 2º nível:

EF: choro da mãe durante a conversa com as acadêmicas

EC: stress que a mãe vivência desde o nascimento, com a chegada de um bebê c/ problemas.

ER: prematuridade/extrofia de bexiga

EF: preocupação acerca do procedimento cirúrgico

EC: desconhecimento do mesmo e de suas conseqüências

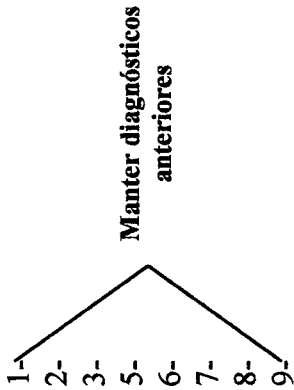
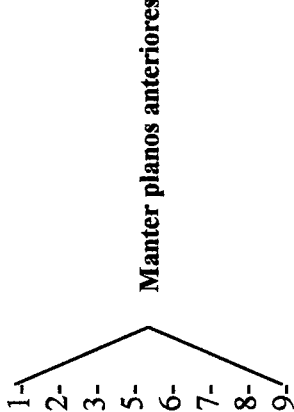
ER: riscos que a criança pode correr aparência estética (?)

MODOS ADAPTATIVOS 3ª feira 10.11.1998	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 11.11.1998 07:00 às 17:00hs - 4ª feira
<p>Função Fisiológica:</p> <p>1- RN pré-termo hospitalizado</p> <p>2- PA maior que PT</p> <p>3- RN recebendo leite industrializado</p> <p>4- Episódios de vômito de leite</p> <p>5- Falta de integridade cutâneo mucosa</p> <p>6- Extrofia de bexiga</p> <p>7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso (baixo peso)</p> <p>8- RN recebendo medicação V.O.</p> <p>9- Potencial para infecção</p>	<p>1- Hospitalização relacionado a prematuridade e extrofia de bexiga</p> <p>2- PT maior que PA relacionado a patologia</p> <p>3- RN recebendo leite industrializado relacionado à ausência de leite materno (SIC)</p> <p>4- Vômitos relacionado com disfunção gástrica</p> <p>5- Falta de ICM relacionado a patologia</p> <p>6- Malformação relacionada ao desenvolvimento embrionário anormal</p> <p>7- Baixo peso corporal relacionado a prematuridade</p> <p>8- RN recebendo medicação V.O. relacionado a necessidade de ganho de peso</p> <p>9- Potencial para infecção relacionada extrofia de bexiga e hospitalização</p>	<p>1- Realizar higiene e conforto diário; avaliar peso corporal; medir perímetros; avaliar sinais vitais diariamente.</p> <p>2- Aguardar procedimento cirúrgico; medir diariamente perímetros.</p> <p>3- Aproximar-se da mãe; orientá-la sobre a importância do aleitamento materno; realizar exame físico na mama; colocar o bebê ao seio se possível.</p> <p>4- Manter cça em bebê conforto (45°); colocar cça para eructar após as mamadas; manter cça com a cabeça lateralizada; observar episódios de vômitos.</p> <p>5/6- Aguardar procedimento cirúrgico; manter o bebê em decúbito dorsal ou lateral; realizar higiene perineal e curativo com óleo mineral a cada troca de fraldas; manter região abdominal umedecida com gaze embebida em óleo mineral; observar presença de secreções; oferecer apoio emocional aos pais; orientar pais e auxiliar nos cuidados.</p> <p>7- Oferecer dieta prescrita; pesar o bebê; observar aceitação da dieta.</p> <p>8- Administrar medicação prescrita segundo as 5 certezas.</p> <p>9- Lavar as mãos, curativos antissépticos.</p>	<p>SV: FR = 48mpm FC = 120 bpm T = 36,2° C PC = 33cm PT = 28cm PA = 31 cm Peso: 1.960g</p> <p>Realizado banho ao bebê pelas acadêmicas, demonstrando à mãe a maneira adequada de fazê-lo.</p> <p>Realizado cuidado em região abdominal (limpeza com clorex e posterior curativo com gaze embebida em óleo mineral). Mesmo mantendo o bebê em "bebê-conforto", observou-se um episódio de vômito de leite.</p> <p>Foram realizadas orientações com a mãe sobre o problema do bebê; etiologia da doença, e o termo "malformação".</p> <p>Realizado exame físico na mama da mãe, onde observou-se presença de mamilo protruso e presença de leite. Mais tarde, colocou-se então, o bebê ao seio, observando boa pega e sucção, no entanto o bebê continua recebendo leite industrializado (47ml) que aceita bem. Segundo informações da enfermeira a cirurgia para correção da extrofia de bexiga, foi marcada par o dia 18.11.1998.</p>

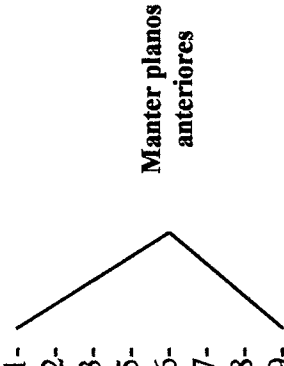
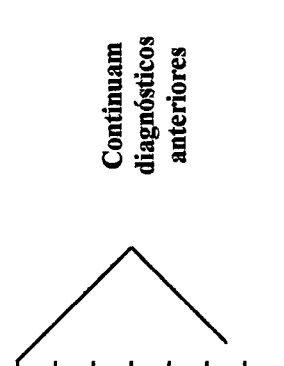
<p>Função do Desempenho de Papel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Pais da criança trabalham em período integral 2- Desconhecimento acerca do problema da criança. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Falta de disponibilidade de pessoas para cuidar da criança após alta relacionada a situação doméstica dos pais. 2- Desorientação acerca do problema da criança relacionado a falta de conhecimento 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Questionar a família sobre quem prestará cuidados ao bebê após alta hospitalar; orientar sobre a importância de alguém disponível para a prestação de cuidados ao bebê. 2- Orientar família acerca dos problemas da criança; estimular família a formular perguntas. 	
<p>Função de Autoconceito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Mãe atribui a malformação a prematuridade 2- Mãe desconhece o significado de "malformação". 3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Desconhecimento relacionado a inexperiência frente à situação. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Orientar família sobre etiologia da doença. 2- Orientar sobre o termo "malformação" e sobre a doença específica do bebê. 3- Orientar sobre o procedimento cirúrgico; mostrar uma cça no pós cirúrgico com as mesmas características as quais seu bebê apresentará; mostrar ilustrações de bebês no pós-operatório. 	
<p>Função de Interdependência:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Mãe demonstra insegurança ao dar banho no bebê. 2- Afastamento da mãe perante as acadêmicas. 3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Insegurança relacionada a inexperiência e falta de orientação. 2- Afastamento relacionado a falta de conhecimento a respeito das acadêmicas 3- Choro relacionado ao stress de enfrentar os problemas da criança. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Orientar a mãe sobre a maneira adequada de realizar o banho através da demonstração; estimular mãe a realizar após a demonstração; avaliando, reorientando e intervindo quando necessário. 2- Tentar aproximação da mãe; mostrar-se disponível a tudo o que for preciso. 3- Oferecer apoio emocional a mãe; orientar sobre a importância da expressão de sentimentos. 	

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNOSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 16.11.1998
11.11.1998 - 4º feira			2º feira - 07:00 às 17:00hs
Função Fisiológica: 1- RN pré-termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- Mesmo sendo amamentado ao seio cça continua recebendo leite industrializado via mamadeira. 4- Episódio de vômito de leite 5- Falta de integridade cutâneo - mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso (baixo peso). 8- RN recebendo medicação V.O. 9- Potencial para infecção.	1. > Continuum diagnósticos anteriores. 2. > 3. Aleitamento materno ineficaz relacionado a falta de estímulo por parte da mãe. 4. > Continuum diagnósticos anteriores 5. > 6. > 7. > 8. > 9. >	1. > Manter planos anteriores 2. > 3. Reforçar a importância da amamentação; orientar para que a mãe coloque o bebê ao seio mais frequentemente. 4. > Manter planos anteriores 5. > 6. > 7. > 8. > 9. >	SV: T=37,2°C FC=148bpm FR=52mpm PC=33cm PT=28cm PA=31cm Peso: 2080g Realizado cuidados de higiene e conforto ao bebê, pela mãe, que mostrou-se um pouco insegura. Realizado curativo no local da extrofia. RN continua sendo amamentado ao seio, porém é complementado com leite industrializado na mamadeira (47ml), não foi observado nenhum episódio de vômito. Ao ser questionada sobre quem cuidaria do bebê, após a alta hospitalar, J. respondeu que após o término da licença maternidade, pedirá demissão de seu emprego, para poder cuidar do bebê. E ainda referiu que se precisaria de ajuda financeira, poderá contar com seus familiares. Acompanhamos a mãe à unidade B, onde mostramos uma cça com sondas (citosomias e uretrocistostomia) para que a mesma tenha uma idéia de como seu bebê ficará após a cirurgia. J. referiu sentir-se aliviada pois achava que seria bem pior. No entanto, mais tarde encontramos a mãe cabisbaixa, e ao questioná-la referiu estar com medo, pois a cirurgia está muito próxima. Ao chegar na unidade pela manhã, veio direto nos cumprimentar carinhosamente.
Função do Desempenho de Papel: 1- Pais da cça trabalham em período integral 2- Falta de orientação acerca do problema da cça.	1. > Continuum diagnósticos anteriores 2. >	1. > Manter planos anteriores 2. >	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico.	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior	
Função de Interdependência: 1- Mãe demonstra insegurança ao dar banho no bebê 2- Afastamento da mãe perante as acadêmicas 3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas	1. > Continuum diagnósticos anteriores 2. > 3. >	1. > Manter planos anteriores 2. > 3. >	

MODOS ADAPTATIVOS	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 17.11.1998
16.11.1998 - 2º feira			07:00-12:00hs - 3ª feira
Função Fisiológica: 1- Rn pré termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- RN recebendo leite industrializado 5- Falta de integridade cutânea mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso 8- RN recebendo medicação VO 9- Potencial para infecção	<p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	<p>Manter planos anteriores</p>	SV: T=36,9°C FC= 164bpm FR=62mpm Peso; 2140g PC=33,5cm PT=28cm PA=31cm Observou-se a prestação de cuidados de higiene e conforto realizada pela mãe, a qual demonstrou mais segurança, porém retraiu-se a tocar no local da extrofia, ainda observou-se a realização do curativo no local da extrofia de bexiga de forma correta. A mãe colocou o bebê ao seio durante aproximadamente 10 min; porém já havia separado a mamadeira para oferecer após a mama, referindo não ter leite suficiente. Foquinha mamou 50ml de leite industrializado. Foi, então, reorientada a mãe sobre a importância do aleitamento materno e sobre a dificuldade encontrada durante as primeiras mamadas ao seio, já que seu bebê já se acostumava com a facilidade de mamar na mamadeira. J. referiu que a data da cirurgia foi confirmada pelo médico; que o pai virá permanecer com a criança a partir de amanhã até o final de semana e que ainda virão a avó e uma tia materna no dia da cirurgia.
Função de Desempenho de Papel: Não identificado			
Função de Autoconceito: 3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior	
Função de Interdependência: 1- Mãe demonstra insegurança ao dar banho no bebê 3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas	<p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	<p>Manter planos anteriores</p>	

MODOS ADAPTATIVOS 3ª feira - 17.11.1998	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 18.11.1998 07:00-12:00hs - 4ª feira
Função Fisiológica: 1- RN pré termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- RN recebendo leite industrializado 5- Falta de integridade cutâneo mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso (baixo peso) 8- RN recebendo medicação VO 9- Potencial para infecção			SV: T=36,1°C FC=56bpm FR =135mpm Peso :2100g PC =33,5cm PA = 31cm PT =28cm Observou-se novamente a realização do banho do bebê pela mãe, sendo que a mesma mostrou-se ainda mais segura e depois de estimulada e orientada realizou a higiene corretamente no local, tocando-o aparentemente sem medo. Durante o banho foi chamada na portaria de visitas e por isso não amamentou a Foquinha, deixando a mamadeira para que as acadêmicas oferecessem a ele. A tia materna pôde observar o bebê pelo visor e como ainda não conhecia o bebê, as acadêmicas o levaram até a copa para que a tia o visse através de uma janela aberta. Ao conversar com a Tia pudemos observar que o relacionamento entre elas é bom e que assim como a mãe, demonstrou preocupação e desconhecimento sobre a cirurgia e o pós-operatório. Foi, então, orientada. Referiu ainda que pretende auxiliar nos cuidadosa
Função de Desempenho de Papel: 1- Mãe refere não ter leite suficiente	1- Amamentação não efetiva da cça relacionada a falta de estimulação da mama.	1- Orientar sobre a importância da ingesta hídrica; reorientar a importância da ordenha manual bem como a sucção ao seio materno para estimular a ejeção láctea. 3- Manter planos anteriores <ul style="list-style-type: none"> • acalmar a mãe e estimulá-la a confiar nas acadêmicas. • solicitar autorização à mãe para que acompanhem a cirurgia do bebê. 	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico	3- Continua diagnóstico anterior		

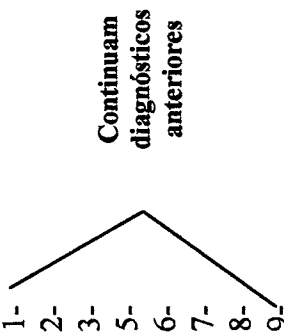
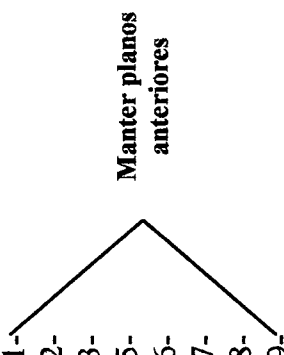




<p>Função de Interdependência:</p> <p>1-Mãe demonstra medo de tocar no local da extrofia</p> <p>3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas.</p>	<p>1- Não realização do toque relacionado ao medo de fazê-lo.</p> <p>3- Continua diagnóstico anterior</p>	<p>1- Orientar sobre a importância da higienização adequada no local da extrofia; orientar quanto a forma da realização da limpeza do local, evidenciando que a forma correta do toque não irá causar dor no bebê.</p> <p>3- Manter plano anterior.</p>	<p>da criança após a alta, já que não trabalha fora.</p> <p>Quanto a aceitação do bebê com a malformação, disse que o amava independente do que tinha, porém tinha medo de que não sobrevivesse.</p> <p>J. referiu que a cirurgia está marcada para às 11:00hs de amanhã. Ao mostrar a ilustração de uma cça após a reconstrução da extrofia, a mãe demonstrou calma, referindo que pensava que iria ficar desta forma. A avó materna de Foquinha veio para acompanhar a cirurgia e dar apoio a mãe. Referiu ainda que está um pouco mais calma com o acompanhamento da mãe e que o pai do bebê virá só amanhã porque se encontra com problema dentário. Foi orientada quanto a permanência do bebê na UTI no pós operatório, a aparência que apresentaria e a consequente transferência para a unidade B (cirúrgica) após a estabilização pós cirúrgica do mesmo.</p>
---	---	---	--

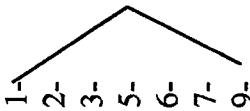
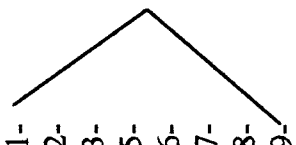


MODOS ADAPTATIVOS 18.11.1998 - 4ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 19.11.1998 5ª feira - 07:00-17:00hs
Função Fisiológica: 1- RN pré termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- RN recebendo leite industrializado 5- Falta de integridade cutâneo mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso (baixo peso) 8- RN recebendo medicação E.V. e V.O. 9- Pontencial para infecção	 <p>Continuam diagnósticos anteriores</p> <p>8-Recebendo medicação EV e VO relacionada a necessidade de ganho de peso e hidratação pré operatória.</p>	 <p>Manter planos anteriores</p>	SV: T=36,8°C FC=156bpm FR= 52 bpm Peso: 2.200g PT=28cm PA=31cm PC=33,5cm Recebemos o plantão com o bebê em jejum desde às 5hs da manhã, e acesso venoso por abocath recebendo soro, aguardando cirurgia para às 12:00hs. O pai da criança chegou às 9:30hs da manhã, mostrando-se calmo e paciente. Referiu que estava tudo bem e que apenas estava torcendo para que tudo desse certo. Realizamos cuidados de higiene e conforto e curativo conforme rotina. E às 12:00hs a enfermeira deu a notícia aos pais de que a cirurgia foi cancelada por motivo de falta de vaga na UTL, (preenchidas com pacientes de emergência), não havendo previsão para a cirurgia. Os pais reagiram de forma negativa e mostraram-se irritados, pois o pai veio exclusivamente para a cirurgia. A mãe referiu que como o pai já tirou um dia de folga provavelmente
Função de Desempenho de Papel: 1- Mãe refere não ter leite suficiente.	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter plano anterior	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior	

<p>Função de Interpendência:</p> <p>3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas</p>	<p>3- Continua diagnóstico anterior</p>	<p>3- Manter plano anterior</p>	<p>não poderá vir se a mesma for marcada nos próximos dias. Foi, então retirado o acesso venoso e continuou recebendo alimentação de rotina.</p> <p>As acadêmicas conversaram longamente com os pais, demonstrando entendimento sobre as manifestações de irritação apresentadas. Foram tranquilizados quanto a certeza de que a cirurgia seria realizada e de que a criança permaneceria com a assistência de qualidade, durante todo o tempo da internação.</p>
<p>MODOS ADAPTATIVOS 19.11.1998 - 5ª feira</p> <p>Função Fisiológica:</p> <p>1- RN pré termo hospitalizado</p> <p>2- PA maior que PT</p> <p>3- RN recebendo leite industrializado</p> <p>5- Falta de integridade cutâneo mucosa</p> <p>6- Extrofia de bexiga</p> <p>7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso (baixo peso)</p>	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>1- 2- 3- 5- 6- 7- 9-</p> <p>Continuam diagnósticos anteriores</p> <p>8- Recebendo medicação VO relacionada a necessidade de ganhar peso</p>	<p>PLANO E IMPLEMENTAÇÃO</p> <p>1- 2- 3- 5- 6- 7- 8- 9-</p> <p>Manter planos anteriores</p>	<p>EVOLUÇÃO - 20.11.1998 6ª feira -07:00 - 12:00hs</p> <p>SV: T=36,4°C FC=144bpm</p> <p>FR=53mpm Peso:2130g PC=33,5cm</p> <p>PT=28cm PA=31cm</p> <p>Mãe realizou cuidados de higiene e conforto; curativo, mostrando-se segura e realizando os mesmos de forma correta. Mãe colocou a Foquinha no peito durante 20min, porém a ejeção do leite foi insuficiente. RN aceitou apenas 50ml de leite Nan, sendo prescrito 60ml. Mãe referiu que será transferida para</p>

8- Recebendo medicação V.O.				a unidade B, devido a idade da Foquinha, mas não queria ir, porque dizem que lá as “enfermeiras não cuidam, e também não conhece ninguém lá”.
Função de Desempenho de Papel:				Mãe questionou a acadêmica quanto a normalidade do pênis (relação sexual) de seu filho, e foi orientada que tudo depende da cirurgia e que tem que viver cada etapa, não se preocupando as próximas. Referiu que “acahava que daria tudo certo.”
1- Mãe refere não ter leite suficiente	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter plano anterior		É provável sua transferência para a unidade “B”.
Função Autoconceito:				
3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior		
Função de Interdependência:				
3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas.	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior		
4- Pai não poderá vir para acompanhar a cirurgia	4- Ausência do pai relacionado a impedimento trabalhista	4- Orientar e reforçar sobre a importância de sua presença, sem julgá-lo ou condená-lo caso não consiga ser dispensado do trabalho		
MODOS ADAPTATIVOS 20.11.1998 - 6º feria	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 23.11.1998 2ª feira - 07:00-12:00hs	
Função Fisiológica:			SV: T=36,3°C FC=136bpm FR =48mpm Peso: 2230g PC =33,5cm PT =28cm PA =31cm	
1- RN pré termo hospitalizado	1- 2- 5- 6- 7- 8- 9-	1- 2- 5- 6- 7- 8- 9-		Observou-se novamente a realização dos cuidados de higiene e conforto pela mãe a qual demonstrou domínio em seus atos.
2- PA maior que PT				Mãe não aceitou colocar o
3- Leite da mãe e com ejeção insuficiente, RN continua recebendo leite industrializado	3- Não ejeção láctea relacionada	3- Manter prescrições anteriores,		

5- Falta de integridade cutâneo mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso (baixo peso) 8- Recebendo medicação VO 9- Pontencial para infecção	a possível situação de stress.	reforçando a importância da formação do vínculo mãe e filho durante o ato de amamentar mesmo sem a ejeção láctea.	Bebê ao seio referindo não ter leite. Foquinha aceitou 50ml de Nan sendo prescrito 60ml. Foi suspensa a transferência do RN para a unidade B.
Função do Desempenho do Papel: 1- Mãe refere não ter leite suficiente	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter plano anterior	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico. 4- Mãe refere não querer ser transferida para a unidade B	3- Continua diagnóstico anterior 4- Não aceitação da transferência de unidade relacionada a informação negativa a respeito da mesma e ao não conhecimento das pessoas.	3- Manter plano anterior 4- Apresentar a mãe a enfermeira da unidade e a toda equipe, desmistificar os pré-conceitos.	
Função de Interdependência: 3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas 4- Pai não poderá vir acompanhar a cirurgia	3- > 4- > Continuam diagnósticos anteriores	3- > 4- > Manter planos anteriores	

MODOS ADAPTATIVOS 23.11.1998 - 2ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 24.11.1998 3ª feira - 7:00 - 17:00hs
Função Fisiológica: 1- RN pré termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- RN recebendo leite industrializado 5- Falta de integridade cutâneo mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso (baixo peso) 8- Recebendo medicação VO 9- Potencial para infecção	 <p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	 <p>Manter planos anteriores</p>	SV T=36,2°C FC=140bpm FR=48mpm Peso: 33,5cm PT= 28cm PA=31cm As académicas estimularam a colocação da Foquinha ao seio pela mãe e mostraram-lhe folhetos explicativos a respeito da importância da amamentação para o vínculo mãe-filho. Aceitou o seio mais 40ml de Nan. Mãe referiu que só comunicará a família sobre o ato da cirurgia que está prevista para a próxima 5ª feira no ato da cirurgia, para que não venham sem que haja certeza absoluta.
Função de Desempenho de Papel: 1- Mãe refere não ter leite suficiente 2- Mãe não aceitou colocar o bebê ao seio.	 <p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	 <p>Manter planos anteriores</p>	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação e desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico.	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter planos anteriores	
Função de Interdependência: 3- Choro da mãe durante conversa com académica 4- Pai não poderá vir acompanhar a cirurgia	 <p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	 <p>Manter planos anteriores</p>	

MODOS ADAPTATIVOS 24.11.1998 - 3ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 25.11.1998 07:00 - 12:00hs - 4ª feira
Função Fisiológica: 1- RN pré termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- RN recebendo leite industrializado + leite materno 5- Falta de integridade cutâneo mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escassos 8- RN recebendo medicação VO e EV 9- Potencial para infecção	 <p>1- 2- 3- 5- 6- 7- 9-</p> <p>Continuam diagnósticos anteriores</p> <p>8- Recebimento de medicação EV e VO relacionado a necessidade de ganho de peso e a EV como antibioticoprofilaxia</p>	 <p>1- 2- 3- 5- 6- 7- 8- 9-</p> <p>Manter planos anteriores</p>	SV: T=36,9°C FC=152bpm FR =48mpm PC =33cm Peso: 2.280g PT = 28 cm PA = 31cm Mãe realizou cuidados de higiene e conforto e curativo na Foquinha. Antes de dar a mamadeira, a mãe colocou ao seio por mais ou menos 15 min. Após deu a mamadeira, sendo que a Foquinha aceitou 30ml. Cirurgia está prevista para amanhã, segundo informações médicas. Foi colhido sangue para amostra ao centro cirúrgico. Continua recebendo digesan 2 gotas VO, e recebeu Keflex 1ml EV como antibioticoprofilaxia. Reforçamos à mãe, a presença das acadêmicas no ato cirúrgico, a qual já tinha dado permissão.
Função de Desempenho de Papel: 1- Mãe refere não ter leite suficiente	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter plano anterior	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação com o ato cirúrgico	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior	
Função de Interdependência: 3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas. 4- Pai não poderá vir acompanhar a cirurgia.	 <p>3- 4-</p> <p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	 <p>3- 4-</p> <p>Manter planos anteriores</p>	

MODOS ADAPTATIVOS 25.11.1998 - 4ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO 26.11.1998 07:00-12:00hs - 5ª feira
Função Fisiológica: 1- RN pré termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- RN recebendo leite industrializado + materno 5-Falta de Integridade cutâneo mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escasso 8- RN recebendo medicação VO e EV 9- Potencial para infecção	<div> <div>1- 2- 3- 5- 6- 7- 8- 9-</div> <div>Continuam diagnósticos anteriores</div> <div>1- 2- 3- 5- 6- 7- 8- 9-</div> </div>	<div> <div>1- 2- 3- 5- 6- 7- 8- 9-</div> <div>Manter planos anteriores</div> </div>	SV: T=36,7°C FC=152bpm FR=48mpm P=2.320g PC=33,5cm PT=28cm PA=31cm Ao chegar na unidade do berçário J. referiu que Foquinha já havia tomado banho e estava aguardando a cirurgia, que segundo informações das funcionárias seria realizada pela manhã. As 10:00hs foi puncionado veia em MSE por abocath e o bebê começou a receber soro para hidratação. Às 11:30hs o R3 da cirúrgica ligou avisando a enfermeira que a cirurgia teria sido suspensa por falta de vaga na UTI. Ao receber a notícia a mãe mostrou-se irritada e ao mesmo tempo preocupada. Foi, então, consolada pelas acadêmicas dizendo que estava bem. Mais tarde observou-se sua saída rápida para o quarto das mães. Uma das acadêmicas foi investigar o que estava acontecendo. J. tinha ido para o quarto chorar dizendo saber que a cirurgia,
Função de Desempenho do Papel: 1- Mãe refere não ter leite suficiente	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter plano anterior	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação com o ato cirúrgico	3- Continua diagnóstico anterior	3- Manter plano anterior	

<p>Função de Interdependência:</p> <p>3- Choro da mãe durante conversa com acadêmica</p> <p>4- Pai não poderá vir acompanhar a cirurgia</p>	<p>3- > 4- ></p> <p>Continuam diagnósticos anteriores</p>	<p>3- > 4- ></p> <p>Manter planos anteriores</p>	<p>não aconteceu logo porque seu atendimento não é particular, que sabe dos riscos que a criança corre de não recuperar mais o controle da urina... referiu que tem medo de não fazerem a cirurgia nos próximos meses, pois pensa que no verão, a UTI geral estará ainda mais ocupada por cças acidentadas na “BR”. Questionou a acadêmica sobre o Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba cujo atendimento já havia sido experienciado por sua prima que o afirmou que tinha sido ótimo. J. foi ouvida, acalmada e orientada que não deveria se precipitar e sim questionar com os médicos o motivo pelo qual a criança é preparada antes mesmo da cirurgia ser realmente confirmada. A mãe referiu ter chorado porque sentiu pena do filho ter sido “picado” e ter permanecido em jejum por duas vezes sem motivo concreto.</p> <p>Mais tarde J. voltou para o lado de seu filho e disse: “Vou ficar grudada nele, a raiva já passou, já estou bem e sei que ele precisa de mim.” As acadêmicas mostraram-se novamente disponíveis a atender a qualquer chamado da mãe.</p>
--	---	--	---

MODO ADAPTATIVOS 26.11.1998 - 5ª feira	DIAGNÓSTICO	PLANO E IMPLEMENTAÇÃO	EVOLUÇÃO - 27.11.1998 07:00 - 12:00hs - 6ª feira
Função Fisiológica: 1- RN pré termo hospitalizado 2- PA maior que PT 3- RN recebendo leite industrializado mais materno 5-Falta de integridade cutâneo mucosa 6- Extrofia de bexiga 7- Massa muscular e tecido subcutâneo escassos 8- RN recebendo medicação VO e EV 9- Potencial para infecção	<div data-bbox="289 1194 578 1603"> <p>Continuam diagnósticos anteriores</p> </div>	<div data-bbox="289 729 578 1139"> <p>Manter planos anteriores</p> </div>	<p>Mãe prestou os cuidados de higiene e conforto em seu bebê e referiu que o mesmo está de alta.</p> <p>Foi então, orientada sobre os cuidados com o bebê em casa como profilaxia de infecções, como por exemplo: lavagem das mãos antes de pegar o bebê no colo, expô-lo o mínimo possível a saídas de casa, ambientes pequenos e com muitas pessoas, proteção da área...</p> <p>Foi fornecido material para realização do curativo em casa.</p> <p>Agradeceu o apoio das acadêmicas e referiu que entrará em contato com o médico no dia 16/12 para marcação de nova cirurgia.</p> <p>Entrará em contato com as acadêmicas assim que retornar ao hospital.</p>
Função de Desempenho de Papel: 1-Mãe refere não ter leite suficiente	1- Continua diagnóstico anterior	1- Manter plano anterior	
Função de Autoconceito: 3- Preocupação e irritação da mãe.	3- Preocupação e irritação relacionado a não realização da cirurgia	3- Oferecer apoio emocional a mãe; orientar sobre o motivo pelo qual a cirurgia foi suspensa; tentar acalmar a mãe.	

Função de Interdependência: 3- Choro da mãe durante conversa com acadêmicas 4- Pai não poderá vir acompanhar a cirurgia	3- > 4-	Continuam diagnósticos anteriores	3- > 4-	Manter planos anteriores	
--	------------	-----------------------------------	------------	--------------------------	--

Desfecho do Processo de cuidar de Foquinha

No dia 16.12.1998 recebemos a ligação de J. referindo que no dia seguinte estaria no hospital para a realização da cirurgia da Foquinha, que já estava marcada para às 14:00hs do dia 17. Solicitou nossa presença durante o ato cirúrgico e nos comprometemos em fazê-lo.

Por volta das 9:00hs do dia 17.12.1998, enquanto já estávamos no berçário, fomos informadas pela mãe que a cirurgia já estava começando e que a Foquinha já estava no centro cirúrgico.

Conseguimos, então, autorização da enfermeira da unidade para assistirmos a cirurgia. Ao chegarmos no C.C. o bebê já estava anestesiado e iniciando a parte ortopédica da cirurgia a qual assistimos tudo correr bem. Porém, com o avançar das horas tivemos que nos ausentar por já termos o compromisso de encerrarmos nosso estágio no berçário, com todos os funcionários presentes. Fomos então, procurar J. na unidade B. para explicarmos a situação e a mesma aceitou sem problemas, agradecendo muito pelo que já tínhamos feito.

No mês de janeiro recebemos a notícia da alta de Foquinha, através da enfermeira do berçário, após 16 dias da nova internação hospitalar para a realização da cirurgia.



Foto 9 - RN Foquinha portador da malformação extrofia de bexiga

Apêndice 7

Folder Explicativo

PAPAI E MAMÃE !!!

Ao entrarem no berçário, vocês deverão lavar as mãos, e colocar um avental que está na prateleira ou pendurado no cabide. As bolsas ou sacolas deverão ser deixadas na sala ao lado, no albergue ou no quarto.

Por acreditarmos que seja muito importante para o bebê estar acompanhado por seus pais, permite-se a permanência dos mesmos no berçário.

De acordo com as normas da unidade, somente a mamãe e o papai podem permanecer junto com seus bebês, sendo que o pai poderá permanecer no berçário das 9:30 às 18:00 e das 19:30 às 21:00. Os demais familiares só poderão ver o bebê através do visor no horário de visitas (15:30 - 17:00 hs).

A mamãe poderá ficar o tempo que quiser com o seu bebê, podendo tanto o pai quanto a mãe, tocá-lo, acariciá-lo, pegá-lo no colo, amamentá-lo e ainda auxiliarem nos cuidados de seu bebê quando possível.



LEMBRETES IMPORTANTES:

- ❑ Sempre antes e depois de tocar em outro bebê, que não o seu filho, lave as mãos. Assim, você estará contribuindo para a diminuição da infecção hospitalar.
- ❑ O berçário fornece roupinhas (pijamas), que podem ser usadas por seu bebê.
- ❑ Se você tem condições, compre as fraldas para seu bebê, deixando as do berçário para os bebês sem acompanhamento dos familiares ou sem condições financeiras.
- ❑ Se preferir usar roupinhas próprias no seu bebê, você deverá lavá-las, pois o hospital só lava as da unidade.
- ❑ A mamãe que amamenta poderá ficar no quartinho de mães.
- ❑ Os pais e mães que acompanham o bebê poderão ficar alojados no albergue, após preenchimento da ficha com a assistente social.
- ❑ Toda mãe tem direito a alimentação: café da manhã, almoço, lanche e janta, basta pegar o ticket com a assistente social.

Sempre que sair do berçário lave novamente as mãos e pendure o avental pelo lado do avesso.

CUIDADOS COM O RN:

1 - BANHO:

Em primeiro lugar organize as roupas e a fralda em ordem de uso (a camiseta deve estar por cima de tudo pois será a primeira a ser usada).

Verifique a temperatura da água com o cotovelo ou o dorso da mão (esta deve estar morna).

Tire as roupas do bebê e embrulhe-o num coeiro ou toalha deixando somente a cabeça de fora, segure o bebê a fim de evitar que entre água no ouvido do mesmo. Com uma gaze molhada na água lave os olhos (do canto interno para o externo), o rosto, o nariz e os ouvidos. Com a mão lave a cabeça. Enxugue tudo.

Tire, então, o coeiro ou toalha e coloque o bebê na bacia segurando-o com um dos punhos na cabeça e pendendo um dos braços do RN com os dedos indicador e o polegar. Lave da parte superior para a inferior.

Seque a criança e inicie a colocação da roupa pela camiseta.

2 - CURATIVO DO COTO UMBILICAL:

O coto umbilical deve ser mantido sempre seco e limpo. Realizar limpeza com álcool a 70 % no cotonete diariamente depois do banho, para que o coto se mumifique e caia.

3 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA:

Sempre que possível, amamente seu bebê ao seio, pois o *LEITE MATERNO É UM ALIMENTO COMPLETO E ESTÁ SEMPRE PRONTO*.

- ◆ O leite materno contém vitaminas, minerais, gordura, açúcar e proteínas, todas adequadas para o organismo do bebê;
- ◆ Não existe leite fraco, pois apesar de ser transparente e fino, é mais forte que o leite em pó ou de vaca;
- ◆ Possui substâncias que protegem o bebê contra doenças, como a diarreia, pneumonia, otites, alergias, dentre outras;
- ◆ Não tem sujeira, diferente da mamadeira;
- ◆ Dar de mamar é uma prova de amor. No peito da mãe o bebê sente-se amado e protegido, com o mais forte laço afetivo;
- ◆ Faz o útero voltar rapidamente ao tamanho natural e diminui o sangramento pós-parto;
- ◆ Ajuda a mãe a voltar ao peso normal;
- ◆ Reduz os riscos de câncer de mama, ovário e hemorragias no pós-parto;
- ◆ Não é necessário lavar a mamadeira e acordar à noite para esquentar o leite;
- ◆ Ao tomar o colostro (primeiro leite), o bebê está recebendo sua primeira vacina;
- ◆ Crianças amamentadas no peito falam mais rápido e tem uma arcada dentária mais bem formada.

Caso o bebê precise tomar leite por mamadeira, tenha os seguintes cuidados com a mesma:

- ⇒ Lave as mãos antes de pegá-la no aquecedor;
- ⇒ Verifique a temperatura do leite colocando uma gota sobre o dorso de sua mão, caso esteja quente, tampe a mamadeira sem colocar a mão no bico e coloque a mamadeira embaixo da água corrente. Teste a temperatura do leite novamente e dê ao bebê quando estiver morno;
- ⇒ Ao destampar a mamadeira, coloque a tampa com a abertura virada para cima e nunca para baixo.

CUIDADOS COM O BICO (Chupeta):

- Nunca encoste a mão na parte de borracha;
- Quando o bico cair no chão coloque-o na solução que se encontra na copa e deixe-o por 30 minutos. Após o tempo, enxágüe-o na água mineral.

4 - CORTE DAS UNHAS:

As unhas do bebê devem ser cortadas sempre que estiverem grandes para que ele não se arranhe. Limpe sempre a tesoura antes e após usá-la com algodão e álcool. Se o bebê for muito agitado, aproveite para cortar as unhas quando ele estiver dormindo, tanto a dos pés quanto a das mãos.

Segundo estes pequenos lembretes vocês estarão contribuindo para o sucesso no atendimento de seu filho e dos demais bebês aqui internados.

BOA SORTE!!!

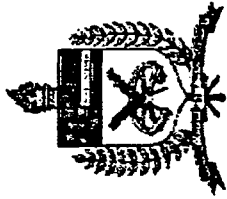


10 PASSOS PARA UMA AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA

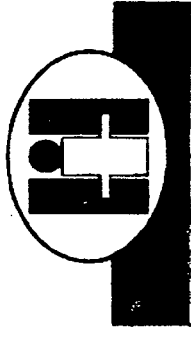
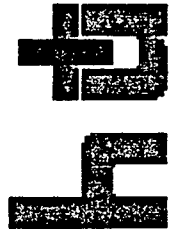
- 1- Lave as mãos com água e sabão antes de iniciar a amamentação;
- 2- Encontre uma posição confortável para amamentar (sentada ou deitada);
- 3- Procure amamentar em um local calmo e aconchegante;
- 4- Aproxime o bebê de forma que a sua barriga fique em contato com a barriga de seu filho;
- 5- Esprema o bico do seio (aréola) com as mãos, deixando sair um pouco de leite, para a criança sentir o gosto;
- 6- Encoste o bico do seio no canto da boca do bebê para que ele vire o rosto e pegue-o;
- 7- Faça o bebê abocanhar a maior parte possível da aréola (parte mais escura do seio). Assim, o bebê vai sugar mais leite e o bico do seio não irá rachar;
- 8- Para o bebê soltar o seio sem machucar, coloque a ponta do dedo pressionando o bico levemente;
- 9- Após a amamentação, apoie o bebê em seu ombro para que ele possa arrotar;
- 10- Depois, o bebê pode ser colocado no berço do lado direito ou de bruços, para que não afogue em caso de vomitar.

11 ANEXOS

Anexo 1
Certificados de Eventos



**DIVISÃO DE PEDIATRIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**



HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
Centro de Saúde da Criança e do Adolescente

CERTIFICADO

Certificamos que **TIANE RAMOS**

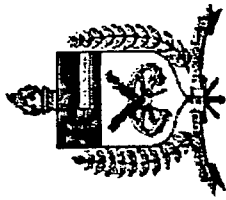
participou da XIX Semana Científica do Hospital Infantil Joana de Gusmão e IV Semana Científica da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário – UFSC, de 11 a 13 de novembro de 1998.

Presidente da Comissão Organizadora

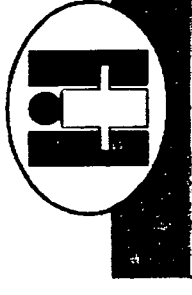
Dr. Sérgio Wilson Duwe

Presidente da Comissão Científica

Dra. Suele Grosseman Mattosinho



**DIVISÃO DE PEDIATRIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**



HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
Centro de Saúde da Criança e do Adolescente

CERTIFICADO

Certificamos que **STELLA MARIS PFUTZENREUTER**

participou da XIX Semana

Científica do Hospital Infantil Joana de Gusmão e IV Semana Científica da Divisão de Pediatria do Hospital
Universitário – UFSC, de 11 a 13 de novembro de 1998.

Presidente da Comissão Organizadora

Dr. Sérgio Wilson Duwe

Presidente da Comissão Científica

Dra. Suely Grosseman Mattosinho




II Encontro de Enfermagem Neonatológica

CERTIFICADO


Certificamos que **TIANE RAMOS**

participou do **II Encontro de Enfermagem Neonatológica, no período de 08 a 10 de setembro de 1998,**
realizado na **UNIFESP – EPM, na qualidade de** *participante.*


São Paulo, setembro de 1998.



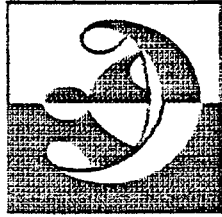
Presidente
Vera Lucia Barbosa



Comissão de Secretaria
Tereza Yoshiko Kakehashi



Comissão de Temas
Eliana M. Pinheiro



II Encontro de Enfermagem Neonatológica

CERTIFICADO

Certificamos que STELLA MARIS PFUTZENREUTER

*participou do II Encontro de Enfermagem Neonatológica, no período de 08 a 10 de setembro de 1998,
realizado na UNIFESP – EPM.*

São Paulo, setembro de 1998.



Presidente

Vera Lúcia Barbosa



Comissão de Temas

Eliana M. Pinheiro



Comissão de Secretaria

Tereza Yoshiko Kakebasbi



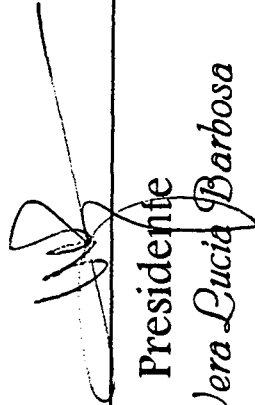
II Encontro de Enfermagem Neonatológica

CERTIFICADO

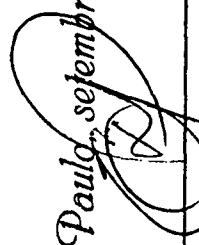
PRÉ-ENCONTRO - 07/09/98

Certificamos que **TIANE RAMOS**


participou do II Encontro de Enfermagem Neonatológica, no período de 08 a 10 de setembro de 1998, realizado na UNIFESP – EPM, na qualidade de ouvinte do Curso: Atualização em Enfermagem Neonatológica: cuidados com a pele, o cateter, a nutrição parenteral e fototerapia.



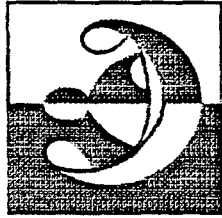
Presidente
Vera Lucia Barbosa

São Paulo, setembro de 1998.


Comissão de Temas
Eliana M. Pinheiro



Comissão de Secretaria
Tereza Yoshiko Kakehashi



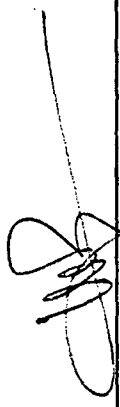
II Encontro de Enfermagem Neonatológica

CERTIFICADO

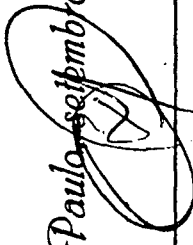
PRÉ-ENCONTRO - 07/09/98

Certificamos que STELLA MARIS PFUTZENREUTER


participou do II Encontro de Enfermagem Neonatológica, no período de 08 a 10 de setembro de 1998, realizado na UNIFESP – EPM, na qualidade de ouvinte do Curso: Atualização em Enfermagem Neonatológica: cuidados com a pele, o cateter, a nutrição parenteral e fototerapia.



Presidente
Vera Lucia Barbosa

São Paulo, 07 de setembro de 1998.


Comissão de Temas
Eliana M. Pinheiro



Comissão de Secretaria
Tereza Yoshiko Kakehashi

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, H. C., Atresia de esôfago. In: MIURA, E., PROCIANOY, R. S., **Neonatologia princípios e prática**. São Paulo: Artes médicas, 1997.
- BLUE, Carolyn L. et al; Callista Roy: modelo de adaptación In: MARRINER, Ann. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol, 1989, 260-274.
- BRITO, A. M., COSTA, I. F., TRAMONTIN, L. A., **Cuidado da criança/família no enfrentamento aos estressores de cardiopatia congênita**. Projeto de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem, UFSC, 1995.
- BONFIN, E. C. T., SILVA, M. F., **Tocar e acariciar o ser prematuro: um desafio para a assistência humanizada de enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1997. Relatório de Estágio (Graduação em enfermagem) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- CAMPEDELLI, M. C. (Org.) **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo, Ática, 1989.
- CONTRERAS, Justina. **Assistência de enfermagem a clientes hansenianos: modelo de adaptação de Roy**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

- DINIZ, Edna M. de Albuquerque, SANTORO, Mário, **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1994.
- FELIX, T. M., GIUBLIANI, R. Abordagem do recém-nascido com anomalias congênitas. In: MIURA, E., PROCIANOY, R. S., **Neonatologia princípios e prática**. Ed. Artes médicas Sul, São Paulo, 1997.
- GALBREATH, J. G. Sister Callista Roy. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GOMES, M. M. F., **Ter o filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o significado para os pais**. São Paulo, 1992. Dissertação Pós-Graduação em Enfermagem Pediátrica, escola Paulista de Medicina.
- HALL, S. C., COSCHNIK, Z., **Cuidado cultural de enfermagem ao neonato com intercorrências médico-cirúrgicas e sua família**. Florianópolis: UFSC, 1997. Relatório de Estágio (Graduação em enfermagem) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- KLAUS, M; KENNEL, J. Assistência aos pais. In: AVERY, G. B. **Neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.
- MONTICELLI, Marisa. **O caminhar junto às mulheres e aos recém-nascidos na perspectiva do nascimento como um rito de passagem**. Florianópolis: UFSC, 1993. Projeto de Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Mestrado em Assistência em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MONTICELLI, M., SILVA, D. M. G., **Teorias de enfermagem**. Texto elaborado para a disciplina de Fundamentação Teórica de Enfermagem, do Curso de Enfermagem da UFSC, 1997.

- NETTINA, D., **Prática de enfermagem**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- OSÓRIO, M. R. B. ,ROBINSON, W. M., **Genética humana**. Porto Alegre: Ed. Artes médicas, 1993.
- PENNA, Cláudia Maria de Mattos, **Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família**. Florianópolis: UFSC, 1992, 91P. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Mestrado em Assistência em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- PIZZO, Philip A; POPLACK, David G., **Principles and practice of pediatric ondology**. Philadelphia: Lippincott Raven, 1997.
- ROSA, M. C. ELSSEN, I. **Desafio do programa da saúde da família**. Projeto do Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde da Família, UFSC, Florianópolis, 1996.
- SALLE, J. L. P., Atresia de duodeno. In: MIURA, E., PROCIANOY, R. S., **Neonatologia: princípios e prática**. São Paulo: Artes médicas, 1997.
- SMITH, David W. **Síndrome de malformações congênitas: Aspectos genéticos, embriológicos e clínicos**. Ed. Manoele, 3ª ed. São Paulo, 1993.
- SOCHI, C.G.S. et al, **Assistência aos pais de recém-nascidos pré-termo em unidades neonatais**. In: Encontro de Enfermagem Neonatológica, São Paulo, 8 a 10 set., 1998.
- WAECHTER, Eugenia H. BLAKE, Florence G., **Enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- WHALEY, L.F. WONG, D. L., **Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais a intervenção efetiva**. Ed. Granabara, Rio de Janeiro, 1989.